GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1892

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTE-TROISIÈME ANNÉE — HUITIÈME SÉRIE — TOME I

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS
Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GENERALE

DE LA GOUTTE SATURNINE

Par MM. Georges Lemoine et P. Joire (de Lille).

I

C'est Garrod qui le premier fit connaître d'une façon précise l'influence du saturnisme sur la production de la goutte, et vit les analogies qui paraissent exister entre le processus de l'intoxication saturnine et celui de l'intoxication goutteuse. En 1854, il citait, comme une coïncidence curieuse, la fréquence de la goutte chez les saturnins, et, plus tard, après avoir complété ses recherches, il constatait que plus du quart des malades traités à l'hôpital pour la goutte avaient été auparavant intoxiqués par le plomb.

Ce n'est pas qu'avant Garrod on n'eût pas observé cette coïncidence. Parry (1825), dans un recueil d'observations cliniques, consacre un petit chapitre à la goutte par le plomb (gout from lead). Trois cas de goutte articulaire, observés chez des sujets ayant eu de la paralysie des mains par intoxication saturnine, sont mentionnés par Barlow (1822), dans un mémoire sur les eaux minérales de Bath.

Tood, dans ses cliniques (1843), cite l'observation d'un peintre, atteint pour la première fois de goutte après avoir eu plusieurs attaques de coliques de plomb, et qui, plus tard, éprouve un nouvel accès goutteux à la fin d'une forte crise de coliques saturnines. Le même auteur rapporte un autre cas de goutte, chez un sujet ayant déjà de la paralysie saturnine, et le fait suivre de cette réflexion que la goutte est un accompagnement fréquent de la colique de plomb. Dans un autre mémoire, il signale les peintres en bâtiments comme les ouvriers parmi lesquels la goutte sévit d'une façon particulière. Bence Jones (*Lancet*, 1856, p. 45), fait la même remarque en ce qui concerne les plombiers et les polisseurs de glaces. Burrows et W. Begbie en 1861 et 1862 publièrent des cas caractérisés par la coïncidence de la goutte et du saturnisme, sans cependant chercher à en donner une interprétation. Ces derniers faits furent observés à la suite de la communication de Garrod et dans le but de contrôler les assertions qu'elle contenait.

En 1863, Charcot publia le premier en France une obser-

FEUILLETON

—

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

La grande chirurgie de Guy de Chauliac, chirurgien, maistre en médecine, de l'Université de Montpellier, composée en l'an 1863, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français, ornée de gravures avec des notes, une introduction sur le moyen âge, sur la vie et les œuvres de Guy de Chauliac, un glossaire et une table alphabétique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Grand in-8°, cxxc-747 p., avec grav. Paris, Félix Alcan.

Notre xixe siècle touche à sa fin. Il aura été fécond au point de vue scientifique et l'érudition médicale ne lui a pas fait défaut. Les éditions d'Hippocrate, de Littré et d'Ermerins; l'Ambroise Paré, de Malgaigne; le Paul d'Egine, de René Briau; l'Albucasis, de Leclerc; le Celse, de Vedrènes, etc., sont des œuvres hors ligne, et Le Guy de Chauliac, de notre savant confrère, vient prendre une des premières places parmi ces œuvres.

Il faut en convenir, Guy de Chauliac est un personnage bien tentant pour un commentateur. Praticien érudit, original, esprit indépendant, sagace, il est l'auteur du premier traité didactique de chirurgie que nous connaissions. La dernière des 69 éditions de la *Grande Chirurgie* est de 1683; M. Nicaise pouvait entreprendre la 70e avec de grandes chances de réussite. Il a eu soin, d'ailleurs, de nous indiquer la marche qu'il a cru devoir suivre pour mener à bien son entreprise. Avec toute la patience et la clairvoyance d'un bénédictin, et il faut le dire, les heureuses trouvailles ne font jamais défaut, aux « chercheurs laborieux, » notre savant confrère a collationné les principaux manuscrits et imprimés français et latins, il a fait lui-même des recherches dans les principales bibliothèques de l'Europe. Mais nous ne saurions plaindre l'auteur

vation très détaillée de goutte saturnine. Il s'agissait d'un malade qui présentait, comme seul antécédent pathologique antérieur à la goutte, de violents accès de coliques de plomb; la nature de l'affection goutteuse fut manifestement établie par l'examen histologique des tophus et par la recherche de l'acide urique dans la sérosité obtenue au moyen d'un vésicatoire, par le procédé de Garrod. Plus tard, en 1873, M. Charcot présenta à la Société de Biologie, à propos d'une communication de M. Bouchard, une observation relative à la fréquence de la goutte consécutivement aux accidents saturnins. « La goutte, développée dans ce cas, peut apparaître chez des individus encore très jeunes, avec un caractère de sévérité extrême ; elle est d'emblée chronique et se présente avec toutes les lésions de la goutte tophacée. »

Peu de temps après le premier mémoire de Charcot, M. Ollivier (*Archives générales de médecine* 1863), fit une série d'expériences sur les animaux, dans le but d'étudier la façon dont ils se comportent vis-à-vis le plomb ; il vit que le plomb en s'éliminant provoque presque toujours des lésions rénales et de l'albuminurie ; ces constatations servirent à édifier une théorie expliquant la production de la goutte dans le saturnisme, par la non élimination du plomb et de l'acide urique par les reins lésés.

A partir de ce moment, les observations de goutte saturnine deviennent plus fréquentes, Potain et Bucquoy (1868), Lancereaux (Société de Biologie 1870), Bricheteau (Gazette des hôpitaux 1870), en publient d'intéressantes. Plus tard une série de thèses sont écrites sur ce sujet. Halmagrand (1876) rapporte deux faits du service de M. Hayem et fait à leur propos une étude de la goutte saturnine qu'il fait suivre de ces conclusions : la goutte saturnine diffère assez de la goutte vraie pour mériter une description spéciale. — L'influence prolongée du plomb constitue une des plus puissantes prédispositions à la goutte. — La goutte saturnine a une marche rapide, elle produit en peu de temps des tophus et des déformations. — Ce passage rapide à l'état chronique provient vraisemblablement de la rétention et de l'annulation de l'acide urique dans l'organisme par suite des lésions rénales. — Son pronostic est grave, car elle amène des infirmités précoces.

Les thèses de Poney, de Goudot et celle de Verdigo reproduisent à peu près les mêmes conclusions. Tous ces auteurs sont unanimes à considérer comme réelle l'influence du saturnisme sur le développement de la goutte et à signaler la gravité toute spéciale de cette goutte saturnine. Plus récemment, M. Rendu, dans son article « Goutte » du Dictionnaire des sciences médicales, et M. Lecorché, dans son Traité de la goutte, adoptent les idées de leurs devanciers. Tous les auteurs en somme sont unanimes à admettre l'existence d'une goutte saturnine, ils ne sont en désaccord que sur sa pathogénie.

II

Le nombre des observations de goutte saturnine bien caractérisée publiées en France ne dépasse guère quarante (Rendu), aussi croyons-nous intéressant de rapporter ici, avant de passer à l'étude clinique de cette maladie, une observation de goutte chez un saturnin que nous venons d'observer à la clinique médicale de la Charité.

F. D... : 35 ans, menuisier, entré à l'hôpital le 17 avril 1891, sorti le 6 mai.

Aucun antécédent goutteux, ni héréditaire, ni personnel; frère mort à 35 ans de tuberculose pulmonaire, et mère morte à 61 ans d'un cancer de l'estomac. En 1880 il eut une légère attaque de rhumatisme qui se limita à l'articulation du poignet droit ; à ce moment il était employé dans une distillerie où il commença à prendre des habitudes alcooliques. Pendant un an, mis par sa profession en relation avec des brasseurs, il buvait tour à tour de l'alcool et de la bière en assez grande quantité. Il fut ensuite agent d'une compagnie d'assurances et conserva ses habitudes d'intempérance ; en 1884 il eut une gastrite d'origine certainement alcoolique : il avait des pituites le matin, du pyrosis, de l'inappétence et des vomissements. Son niveau social s'a-

---

de ce labeur immense en raison des jouissances intellectuelles qu'il lui a procurées. J'ai lu son ouvrage, d'un bout à l'autre, pendant mes vacances, je l'ai lu, le crayon à la main ; depuis longtemps, je n'avais éprouvé un plaisir aussi vif, et, comme, Dieu merci, je ne suis point égoïste, je voudrais faire partager ce plaisir aux lecteurs qui veulent bien me croire sur parole.

M. Nicaise explique, dans une sobre préface, ce que son livre contient, et, pour le dire en passant, la seule critique qui se soit présentée au bout de ma plume, concerne la première ligne de cette préface. « L'histoire de la chirurgie, nous dit-il, est intimement liée à celle de la médecine; pendant longtemps ces deux parties de l'art de guérir ont été confondues... » J'aurais écrit plus volontiers : La chirurgie a précédé la médecine, l'histoire de la chirurgie est donc intimement liée, etc. Mais je n'insiste pas, cette addition de six mots ne constitue pas une critique, c'est une invite, il y a là un petit chapitre d'histoire; j'étais bien aise de le signaler en passant à mon confrère très compétent pour l'écrire.

Son livre commence par une introduction consacrée au moyen âge dans ses rapports avec les sciences, cette introduction est suivie de l'histoire de la médecine et de la chirurgie avant le XIVe siècle, de l'indication des doctrines médicales et des auteurs cités par Guy de Chauliac, plus d'une centaine.

Le moyen âge a été l'objet d'une étude toute particulière de la part de M. Nicaise et nous devons l'en féliciter. Les recherches du regretté Daremberg ont déjà comblé en grande partie la lacune signalée jadis dans l'histoire de la médecine en Occident, entre la chute de l'empire romain et le commencement de l'école de Salerne. Dès le VIe siècle, on traduisait en latin, certains livres d'Hippocrate, de Galien et de Soranus; au VIIIe il y avait en Italie, des cours publics, tout au moins des lectures, et Daremberg a trouvé au Mont-Cassin, à Einsiedeln, à Berne, des manuscrits qui datent des VIIIe, IXe et XIe siècles. Au XIIe ces manuscrits sont nombreux ; nous en donnerons

baissant par le fait de son inconduite, il devint ouvrier filateur et, dans ce nouvel emploi, vit sa santé s'améliorer par l'excellente raison qu'il ne gagnait plus assez d'argent pour boire autant que par le passé. Ayant beaucoup souffert au début de l'hiver de 1890 et manquant de travail, il entra dans une fabrique de céruse à Lille, *où il ne demeura que douze jours*, du 10 au 22 décembre, et qu'il quitta à cause d'une foulure qu'il se fit au poignet. Durant son séjour dans cette fabrique il ne ressentit aucun symptôme d'intoxication saturnine et remarqua seulement que son appétit diminuait un peu ; il ressentit aussi quelques légers troubles de la voix, comme s'il avait eu des brouillards ou des nuages qui lui auraient passé devant les yeux. Il éprouva aussi quelques douleurs abdominales et eut de la diarrhée. Pendant les mois de février et de mars, il eut des malaises inusités, douleurs abdominales, sensation de coliques, constipation et courbature générale sans présenter cependant de véritables coliques.

Le 14 avril 1891, par conséquent trois mois et demi après avoir quitté la fabrique de céruse, il ressentit des malaises et des frisson dans la journée, le soir il se coucha et vers dix heures, il fut réveillé subitement par une douleur très vive qui occupait le gros orteil du pied droit; il lui semblait, selon son expression, qu'on lui versait de l'eau bouillante à la base du gros orteil. Cette douleur était térébrante, spontanée, exagérée par le moindre mouvement et s'irradiait vers le dos du pied. Elle ne s'amoindrit que vers le matin, sans disparaître cependant et s'accentua à nouveau les deux nuits suivantes. Il entra le 17 avril à l'hôpital en se plaignant de la persistance de cette douleur.

A son entrée on constate que la face interne du gros orteil et la partie dorsale du pied droit jusqu'au cou de pied, sont rouges, luisantes, sensibles à la pression, très douloureuses et chaudes; la face plantaire est douloureuse dans toute la partie qui avoisine le gros orteil et son métatarsien. Enfin les masses musculaires du mollet droit sont sensibles à la pression.

Rien de particulier à noter à l'examen des différents viscères, la fièvre était modérée.

Déjà des tophus s'étaient formés, l'un du volume d'une petite noisette, sur la face dorsale de la phalangette du médius droit, un autre gros comme la tête d'une épingle sur l'antitragus de l'oreille droite. Ces tophus s'étaient développés sans attirer au début l'attention du malade et il nous fut impossible de connaître la date exacte de leur apparition. Leur présence, ainsi que les caractères bien spéciaux de la phlegmasie articulaire, nous autorisèrent à porter le diagnostic de goutte d'une façon certaine.

L'examen des urines, pratiqué dès le lendemain de son entrée, donne pour caractéristique la diminution considérable de l'acide urique, ce qui confirme pleinement le diagnostic posé.

19 avril.	Volume.	1.700 gr.
	Densité	1.012
	Albumine	traces.
	Urée.	8,20
	Acide urique. . . .	traces.
23 avril.	Volume.	1.780
	Urée	18
	Acide urique . . .	0,05
30 avril.	Volume	1.920
	Urée	21,50
	Acide urique . . .	0,80
7 mai.	Volume.	2.000
	Urée	19
	Acide urique . . .	2

Les résultats des quatre analyses que nous donnons ic montrent que l'excrétion peu abondante de l'urée et presque nulle de l'acide urique se modifia peu à peu pour revenir au chiffre normal. Le traitemeent consista en l'emploi de diurétiques et d'alcalins.

Un vésicatoire fut placé sur le gros orteil pour diminuer l'inflammation dont il était le siège ; la sérosité qu'il développa fut analysée et montra la présence d'acide urique qui

---

prochainement la liste à l'aide des notes laissées par Daremberg et complétées par quelques recherches personnelles. Nous devons ajouter ici que M. Nicaise vient de publier, dans la *Revue scientifique* de 1891, une série d'intéressants articles sur *l'enseignement de la médecine au moyen âge*.

La médecine arabe, les Ecoles de Salerne et de Bologne, sont aussi connues de Guy de Chauliac, et les médecins qui les ont illustrées sont également cités par lui; il les connaît, et il les connaît bien. En résumé, Guy, pour M. Nicaise, n'est point un arabiste, « il se sert des Arabes pour compléter ou contrô- « ler Galien, mais ses doctrines médicales sont celles du mé- « decin de Pergame, toutefois il donne plus d'importance que « lui à l'observation ».

Le chapitre sur la chirurgie au XIVe siècle, contient quelques passages intéressants sur l'enseignement médical et les titres médicaux. J'ai moi-même recueilli un certain nombre de notes afin de fixer, aussi exactement que possible, l'époque à laquelle les mots de physicien, de chirurgien, de barbiers-chirurgiens, de chirurgiens-jurés, de mires, de mèges etc., et plus tard ceux de bacheliers, de licenciés, de maîtres et de docteurs ont été employés et quelles étaient les attributions de chacun de ces termes; c'est un travail qui n'a jamais été fait que je sache. J'aurai donc à revenir sur cette partie du livre de M. Nicaise qui donne de la question un bon résumé. Je me borne à dire aujourd'hui que j'ai trouvé l'usage de quelques-unes de ces dénominations bien avant l'époque généralement admise par les écrivains qui m'ont précédé. Ainsi M. Nicaise, d'accord avec M. Corlieu, ne semble pas avoir trouvé trace, en médecine, de l'expression *docteur*, avant le XVe siècle, mais j'ai conservé quelque part, le texte d'une ordonnance de 1352, qui défend d'exercer la médecine dans Paris, à moins d'être docteur ou licencié de la Faculté. La corporation des chirurgiens-jurés date de plus loin encore et l'apothicairerie est l'objet d'une ordonnance de 1336; mais revenons à notre Guy de Chauliac.

La biographie rédigée par M. Nicaise est de beaucoup la

ne put être dosé par suite de la faible quantité du liquide.

L'amélioration des accidents goutteux fut fort lente ; pendant trois semaines le gros orteil resta tuméfié et sensible, avec des rémissions de faible durée ; le genou fut le siège de phénomènes douloureux. Dès que le malade marchait, le pied s'œdématiait et la douleur devenait intolérable. Cette prolongation des accidents, tout à fait anormale dans la goutte vulgaire, est en effet de règle dans la goutte saturnine.

Ce malade présentait donc une certaine prédisposition aux accidents arthritiques, ainsi que le démontre une attaque de rhumatisme antérieure aux accidents actuels ; il offrait au contraire une certaine résistance aux accidents d'intoxication aiguë par le plomb. En effet, il avait travaillé douze jours consécutifs à l'atelier où l'on broie la céruse, qui est, entre tous, celui où le travail est le plus dangereux, car une quantité considérable de poussière de céruse est mélangée à l'air que respirent les ouvriers. Pendant ces douze jours, il n'avait ressenti aucun des symptômes de l'empoisonnement saturnin, alors que la plupart du temps les ouvriers employés à ce travail sont forcés par les accidents de le quitter au bout de huit jours. Le poison s'accumulait donc chez lui, par suite d'une tolérance idiosyncrasique particulière sans produire d'accidents immédiats; il se trouvait par suite dans les conditions des vieux saturnins, des intoxications chroniques. Ses reins avaient subi une altération profonde qui ne leur permettaient plus d'éliminer en quantité suffisante les produits azotés et, en particulier, l'urée et l'acide urique.

C'était donc là la cause d'une accumulation exagérée d'acide urique dans l'organisme ; et, en effet, l'analyse des urines nous montre seulement 5 grammes d'urée par litre et pas d'acide urique pendant l'accès, contrairement à ce qui a lieu dans les attaques de goutte ordinaire.

En ajoutant à cela sa prédisposition arthritique, il est facile de comprendre la production des localisations articulaires, de dépôt d'urates et de l'accès goutteux aigu.

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS D'AGRAPHIE D'ORIGINE SENSORIELLE AVEC AUTOPSIE (1).

Par le Dr Paul Sérieux,
Médecin-adjoint à l'asile de Villejuif.

Dans le cours de cette année, diverses communications ont déjà retenu l'attention de la Société de Biologie sur la question si complexe des aphasies et, plus spécialement, sur les rapports qui existent entre, d'une part, certains troubles du langage et de l'écriture et, d'autre part, la disparition des images verbales auditives ou visuelles par lésion des centres sensoriels corticaux. Nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte de cécité verbale et psychique, et de surdité corticale, chez laquelle s'étaient simultanément manifestés des troubles du langage et de l'écriture (*paraphasie, agraphie*). L'autopsie fit constater des lésions portant sur les centres visuel et auditif, tandis que les centres psycho-moteurs étaient restés intacts. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de Wernicke, pour qui l'acte d'écrire est subordonné à la vision mentale et ne consiste qu'en l'acte de copier les images optiques des lettres et des mots.

Observation.

Cécité verbale et psychique. Accès épileptiformes. Surdité corticale. — Paraphasie. Agraphie. — Pas de troubles de la motilité. — Mort. Autopsie. — Lésions symétriques des plis courbes. — Lésion de la partie postérieure des temporales. Intégrité des 2e et 3e frontales.

Élisabeth Lev..., âgée de 62 ans, ayant exercé la profession de fleuriste, entre à l'asile de Vaucluse le 13 août 1890. Mme L... est atteinte d'une lésion cardiaque sans bruit de souffle avec accès d'asystolie.

Le début des accidents cérébraux remonte à 1888. A la suite d'un ictus, se manifestèrent des phénomènes paralytiques passagers et des troubles visuels pour lesquels Mme L... fut soignée aux Quinze-Vingts. Bien qu'elle pût voir ceux qui l'entouraient, la malade ne reconnaissait plus les visages les plus familiers; elle s'écriait en parlant aux siens : « Mais je ne vous reconnais plus .... votre nez est changé .... votre langue pend ; » la figure de sa fille lui parais-

(1) Travail communiqué à la Société de Biologie.

---

plus complète de toutes celles publiées jusqu'alors, notre savant confrère ayant su chercher et découvrir assez de documents inédits pour arriver à ce résultat. La bibliographie qui suit est une œuvre de bonne érudition. La première se lira avec grand intérêt, la seconde sera toujours consultée; je ne sais si elle renferme quelques erreurs involontaires, mais à coup sûr, elle est faite avec grand souci de l'exactitude. M. Nicaise est d'avis que Guy a écrit sa Grande Chirurgie en latin, bien qu'aucune épreuve matérielle ne le prouve, et il donne d'excellentes raisons à l'appui de son opinion. Cette partie du livre se termine par la reproduction de documents authentiques et inédits d'un grand intérêt, sur Guy et sa famille.

Vient ensuite *la Grande Chirurgie*. Le texte en vieux français est très facile à lire, il est accompagné d'ailleurs d'un grand nombre de notes, et quand le passage est difficile à comprendre le commentateur ajoute les mots latins équivalents, le tout après comparaison des manuscrits et imprimés latins et français. Il était difficile de procéder autrement, puisque je le répète, la version originale est perdue, mais il y a de bonnes raisons pour croire que les premières copies latines et françaises ont été faites du vivant de Guy. M. Nicaise, fort consciencieux, n'a pas craint de reproduire des notes dues à Joubert, à Canappe, etc., et il donne des variantes de divers manuscrits, toutes les fois que cela lui paraît utile. Quand on aura lu avec soin, ce traité remarquable pour son temps, l'on saura ce qu'était la chirurgie au moyen âge.

A la suite, M. Nicaise a trouvé moyen d'ajouter un excellent glossaire, divisé en trois parties : l'une comprend des substances médicamenteuses avec la concordance des noms anciens et nouveaux ; la seconde est consacrée aux instruments cités dans la *Chirurgie ;* la troisième réunit les termes d'anatomie, de médecine et de chirurgie, employés par Guy, le tout avec détails historiques et linguistiques ; ou je me trompe

sait « aplatie comme une raie. » On est en droit de supposer qu'il s'agissait là d'une attaque de *cécité psychique* sous la dépendance de la lésion corticale qui avait provoqué l'ictus. En juin 1890, de nouveaux phénomènes cérébraux surviennent, accompagnés de délire et de troubles sensoriels : Mme L... voit à ses parents des têtes bizarres, elle répond à des « voix » qui lui parlent. En juillet, après un accès épileptiforme, Mme L... tombe dans une dépression mélancolique profonde qui nécessite son internement.

Le 26 septembre, à l'asile, se produisent *quatre accès épileptiformes* : les convulsions débutent par le bras gauche, la bouche est déviée du même côté, l'orbiculaire palpébral gauche participe aux convulsions qui finissent par se généraliser. Pas de troubles moteurs consécutifs.

En décembre, l'état mental de la malade s'était très amélioré ; Mme L... répondait avec précision à nos questions quand le 16 au matin, nous la trouvons frappée de *cécité verbale et psychique* et de *surdité corticale* ; en outre, il existe de la *paraphasie* et de *l'agraphie*. L'intelligence est intacte ; il en est de même de la motilité : la force est égale des deux côtés ; la langue n'est pas déviée.

Aux questions que nous lui posons Mme L... répond : « *Je n'entends plus rien du tout... plus du tout... du tout.* » Quand on approche une montre de son oreille, elle s'écrie : « *Non !* » et fait signe qu'elle n'entend pas. Elle ne se retourne pas aux bruits divers que l'on fait autour d'elle. Elle ne répond nullement aux diverses injonctions qu'on lui adresse, bien qu'elle cherche à les entendre avec les marques de la plus vive attention (*surdité corticale*).

Pour ce qui est de la vision, Mme L... s'écrie en montrant les assistants : « *Je les vois bien tous... mais je ne peux pas... peux pas... Oh! c'est malheureux...* » Puis elle éclate de rire : « *C'est comme des masques, le nez est changé, ah! c'est drôle!* » Désignant la surveillante du quartier : « *Je vous reconnais bien* », dit-elle, mais montrant l'interne : « *Je ne vous reconnais pas... je vous vois bien, mais je ne le reconnais pas...* » Puis elle montre ses doigts, son pot, un porte-plume : « *Je vois bien je reconnais bien... bien.* » Cependant la mémoire visuelle des objets semble aussi touchée : Mme L... paraît prendre un peigne pour un porte-plume et se mouche dans ses draps. En somme, la *cécité psychique* est incomplète puisqu'elle ne porte d'une façon très accusée que sur les physionomies. La *cécité verbale* est très nette : nous invitons Mme L... à lire des mots écrits en lettres capitales : « *Les grosses lettres*, s'écrie-t-elle, *je les vois à l'œil, mais... pas... pas... je suis perdue.* » Il en est de même pour l'écriture cursive : « *Je la vois très bien mais je ne... ah! c'est trop fort, c'est trop drôle!* » Elle montre chaque mot en disant : « *très bien, très bien* » mais ne comprend nullement le sens des phrases écrites. Il paraît exister de l'hémianopsie. Les troubles de l'écriture sont très accentués : Mme L... prend la plume à la main, la tient correctement, mais reste immobile : *Non, je ne peux pas... non... non. Ah! c'est trop fort!* » Elle montre ses mains en disant : « *bien, bien* » comme pour faire comprendre qu'elles ne sont point paralysées, cherche à écrire de la main gauche, puis reprend la plume de la main droite et se met à tracer des caractères étranges où l'on peut cependant reconnaître çà et là quelques lettres péniblement tracées (*n...e...r*) ; la lettre *r* est reproduite quatre fois de suite. Elle s'exerce ainsi avec ardeur à écrire sans arriver à aucun résultat satisfaisant (*agraphie*).

Il existe également des troubles du langage : Mme L... répète sans cesse certaines phrases : « *Vous voyez : c'est fini, fini... peux plus... je suis perdue... je suis perdue* ; » dans certains mots, une syllabe ou une lettre sont changées ; la malade répète les mêmes mots ; d'autres sont employés à contre-sens : il en est qui font défaut. Mme L... dit : « *J'ai bien ma taille* », pour « *ma tête* » ; « *plume, flûte* », pour « *porte-plume* » ; « *fringale* » pour « *cravate* » ; « *trérèn* », pour « *tiroir* » ; « *trente francs* », pour « *trente ans* ». (*Paraphasie.*)

Ces troubles divers, sensoriels et moteurs, allèrent en s'amendant : la cécité psychique disparut en quelques jours ; la cécité verbale s'atténua sans rétrocéder complètement. La surdité corticale ne fut que passagère et ne laissa comme reliquat qu'un certain degré de surdité verbale. La paraphasie s'améliora quelque peu en même temps que l'agraphie : la malade put tracer quelques caractères lisibles.

6 avril. — État mental satisfaisant. Persistance de la paraphasie. La mémoire des images visuelles n'est pas récupérée complètement : « *Les lettres*, dit Mme L..., *sont à l'envers depuis la paralysie... les lettres sont retournées.* » Certains mots sont lus, par exemple : « *Colonies françaises* » ; d'autres, non. (*Gare.*) Le mot « *parlementaire* » est lu « *paprementaire* » : nous cherchons en vain à la faire prononcer correctement : « *Je sais très bien comment il faut dire*, dit-elle, *mais je ne peux pas.* » Le mot « *parlé* » est lu « *parté* » : nous la corrigeons plusieurs fois avant qu'elle puisse le dire sans faute. « *Je lis très bien les lettres de tête*, dit-elle, *mais je ne peux pas les prononcer.* » « *Décidé* » est lu « *déclaré* » : nous le répétons inutilement devant elle, elle répète « *déclaré* ».

L'écriture s'est améliorée comme le reste, mais il existe de la paragraphie : certains mots (*nom et prénoms*) sont assez lisibles, les autres sont difficilement déchiffrables ; des lettres font défaut ou sont redoublées, ou encore remplacées par des lettres analogues (*e* pour *i*, *w* pour *v*) ; certains mots sont employés pour d'autres.

Voici quelques exemples de ses écrits : au lieu de : « Je suis à l'asile de Vaucluse depuis six mois », Mme L... écrit : « *Je sous je sens a assileelle de Veules Repuis D sec soni.* » Quand on la prie d'inscrire son nom, au lieu de : « Octavie Levasseur, Mme Loury », elle écrit : « *Levasseire... Levasseu... Occtavei... Mane Loidy...* » D'autres spécimens de ses écrits montrent que les lettres sont parfois bien formées, mais que leur assemblage forme des mots sans signification : « *Maradomos... Dadomos... je névrin... Bien... boboc... ocpte... octav... ictaque...* »

13 avril. — Nouvelle attaque de cécité psychique : « *C'est drôle, je vous vois bien, mais je ne reconnais plus personne.* »

18 avril. — Disparition des troubles sensoriels. Pas de troubles moteurs. Paraphasie.

25 avril. — Accès épileptiformes, débutant par le côté droit. Déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Cécité psychique. Pas de surdité verbale. Mort par pneumonie.

Autopsie. — Dure-mère normale. Épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde.

Hémisphère gauche. — La corticalité de la partie convexe de l'hémisphère ne présente pas d'autres lésions qu'*un foyer de ramollissement au niveau du lobule du pli courbe.* Au niveau de la partie antérieure du lobe frontal, les méninges sont quelques peu adhérentes. Notons que les 3e et 2e frontales ne présentent aucune altération corticale ou sous-corticale : l'examen microscopique ne révèle pas la présence de corps granuleux. Le foyer de ramollissement constaté occupe la partie antérieure du lobule pariétal inférieur : il existe à ce niveau une perte de substance ayant environ le volume d'une noisette. En entr'ouvant la scissure de Sylvius,

---

fort, ou ce glossaire a dû coûter beaucoup de peine au savant commentateur. Mais il sera consulté par ceux qui auront à étudier le moyen âge.

Et maintenant, au moment de me séparer de l'œuvre si méritoire de notre laborieux confrère, je ne puis que souhaiter deux choses : la première, c'est que mes lecteurs habituels fassent comme moi ils me remercieront de leur avoir indiqué cette édition de Guy ; la seconde c'est que notre excellent confrère, M. Nicaise, trouve des imitateurs ; il y a encore plus d'une grande figure de notre histoire médicale à faire revivre. Aussi terminerai-je par ce vœu, éloge sincère du beau livre que je viens de fermer.

Dr A. DUREAU.

dont la lèvre supérieure, dans sa partie supérieure, est considérablement atrophiée, on constate qu'il existe, au niveau de la partie la plus reculée de la région rétro-insulaire, une plaque jaune de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Cette plaque est en continuité avec le foyer précédent et avec une perte de substance créée aux dépens de la *partie postérieure de la 1re temporale*. Une coupe de Flechsig, passant par la scissure parallèle, de façon à comprendre dans le segment supérieur de l'hémisphère la 1re temporale, montre à la face supérieure de la coupe cette lacune de la grosseur d'un pois environ. Elle n'est que le prolongement de la plaque de la région rétro-insulaire qui vient sectionner pour ainsi dire les faisceaux du centre ovale correspondant à l'insertion de la 1re temporale au niveau de ladite région. A la partie inférieure de l'hémisphère, au niveau du tiers postérieur du lobe temporo-occipital, existe un foyer de ramollissement de l'étendue d'une pièce de 5 fr., se prolongeant à l'intérieur jusqu'à la corne occipitale du ventricule.

Hémisphère droit. — Point de lésions corticales ni sous-corticales au niveau des circonvolutions frontales et rolandiques. A la partie postérieure de la scissure de Sylvius, existe une vaste excavation irrégulière dans laquelle les circonvolutions ne sont plus représentées que par des débris jaunâtres ramollis. Ce foyer de ramollissement a le volume d'une grosse noix ; il a détruit le pli courbe pariétal inférieur presque complètement, la partie postérieure des 1re et 2e temporales qui sont atrophiées et comme sectionnées par le foyer. Il se prolonge en pointe en arrière de la scissure perpendiculaire externe presque jusqu'au niveau du bord supérieur de l'hémisphère. Sur une coupe horizontale, on voit le foyer de ramollissement s'étendre jusqu'aux radiations optiques de Gratiolet, qui sont en partie entamées.

A la partie supérieure de la protubérance, au centre de la moitié gauche d'une coupe horizontale, existe une petite lacune du volume d'un grain de chènevis.

Rappelons les points intéressants de cette observation en mettant en regard des symptômes observés les lésions trouvées à l'autopsie. Notre malade avait été frappée subitement de surdité corticale, de cécité verbale et psychique d'une part, de l'autre de paraphasie et d'agraphie. On aurait pu supposer que cette suppression brusque de tous les éléments constituants du langage était due à une oblitération du tronc de la sylvienne ayant amené l'ischémie des centres visuel, auditif, moteur verbal et graphique. S'agissait-il, dans l'espèce, d'une aphasie combinée? L'absence de trouble paralytique concomitant était déjà de nature à faire rejeter cette hypothèse. L'autopsie, en révélant l'intégrité complète des 2e et 3e frontales et les lésions du lobule pariétal inférieur dans les deux hémisphères, a confirmé une fois de plus la localisation du centre visuel dans la région du pli courbe. L'étendue et la symétrie des lésions étaient en rapport avec les attaques répétées de cécité psychique. La surdité verbale et corticale, plus passagère, a trouvé son explication dans la lésion, moins profonde, de la partie postérieure de la première temporale.

Mais ce qui mérite, croyons-nous, d'attirer plus particulièrement l'attention, c'est l'existence de la paraphasie et de l'agraphie sans lésions autres que celles des centres sensoriels, les frontales étant restées indemnes. M. Dejerine a insisté, dans une récente communication, sur la valeur de la paraphasie en tant que signe de la disparition des images tonales, et de l'intégrité de la circonvolution de Broca (aphasie sensorielle). Ce qui fait défaut au paraphasique, ce n'est point la faculté d'articulation comme à l'aphasique moteur, mais le souvenir de l'image auditive verbale, qui joue un si grand rôle dans le langage. Pour ce qui est de l'agraphie, si le tableau symptomatique en est connu dans le détail, il n'en est point de même au point de vue anatomo-pathologique. Les opinions les plus contradictoires ont été émises : pour Exner et pour le professeur Charcot, on le sait, l'agraphie n'est pas autre chose qu'une amnésie motrice graphique : « c'est l'aphasie de la main ». Comme l'aphasie motrice, l'agraphie relèverait de la lésion d'un centre psychomoteur autonome, le centre de la mémoire motrice graphique, localisé par Exner dans le pied de la 2e frontale. A l'altération de ce centre se rattacheraient les faits d'agraphie pure, sans cécité verbale ni aphasie motrice (cas de M. Charcot). D'autre part, des observations d'agraphie suivies d'autopsie ont démontré que, chez certains sujets au moins, des troubles très nets de l'écriture pouvaient se manifester en dehors de toute lésion des centres psycho-moteurs, consécutivement à la destruction des points de la corticalité où sont emmagasinées les images visuelles verbales. La disparition de ces dernières entraîne l'agraphie, de même que l'effacement des images auditives verbales amène des troubles du langage. Notre observation vient s'ajouter à ces faits.

Ce n'est pas à dire, d'ailleurs, que l'agraphie soit une conséquence fatale de la cécité verbale : les observations de Trousseau, de M. Charcot, de M. Magnan ne permettent pas de l'admettre. On ne saurait davantage prétendre que l'agraphie doive, dans tous les cas, être rattachée à une lésion sensorielle. Il est des malades chez lesquels les troubles de l'écriture sont sous la dépendance de l'aphasie motrice. La seule conclusion que l'on puisse donc tirer de notre observation, c'est que, chez certains sujets, la fonction de l'écriture est sous la dépendance étroite des images visuelles graphiques, et qu'elle disparaît avec ces dernières. Dans ces cas, la perte du langage écrit est une amnésie visuelle graphique ; mais, si ce fait paraît actuellement acquis, il n'en reste pas moins admissible que, chez d'autres malades à représentations motrices prédominantes, l'agraphie puisse relever d'une lésion de la 2e frontale. C'est qu'en effet, les résultats des altérations corticales peuvent varier, non seulement suivant leur localisation, mais encore suivant la formule intellectuelle du sujet, suivant la place que tiennent chez lui les images auditives, visuelles ou motrices (types visuel, auditif, moteur).

REVUE CRITIQUE

L'ANESTHÉSIE PAR LA COCAÏNE ET SES DANGERS

Une discussion récente devant la Société de chirurgie rappelle l'attention sur la cocaïne et sur les dangers inhérents à l'absorption de cette substance, dont l'emploi s'est beaucoup vulgarisé depuis quelques années. D'après les opinions émises au cours du débat, l'accord ne paraît pas encore établi ni même près de s'établir en ce qui concerne les causes réelles de la mort chez les sujets intoxiqués. Et, naturellement, la détermination exacte des contre-indications qui peuvent éventuellement faire rejeter l'intervention du précieux anesthésique doit se ressentir de cette incertitude, aussi bien que la détermination des doses possibles, maxima, des doses que l'on ne doit point dépasser sous peine d'accidents. Sur ces divers points, la science est encore dans un état d'ignorance relative, qui est destinée sans doute à disparaître un jour, avec les enseignements de l'expérience, mais qui tient, pour une grande part, à la diversité des conditions dans lesquelles le médicament est administré. En principe, on peut admettre que toutes les circonstances qui

activent l'absorption sont, par là même, propices à la production des phénomènes redoutables désignés sous le nom général de cocaïnisme. Cette proposition est, pour ainsi dire, évidente par elle-même, et il est cependant certain que c'est pour l'avoir oubliée ou méconnue que quelques opérateurs ont eu des catastrophes à déplorer. En particulier, l'introduction directe de la solution anesthésiante dans un tronc veineux, même de diamètre minime, paraît avoir été, dans certains cas, la véritable cause des phénomènes d'empoisonnement. Pour éviter ceux-ci, il eût suffi de la précaution très simple qui consiste à introduire la canule isolément dans les tissus et à visser après coup la seringue sur elle, car cette petite manœuvre permet de reconnaître à coup sûr si la piqûre a été faite en pleins tissus ou bien dans un tronc veineux. Il faut tenir compte aussi, comme d'une condition non moins importante, de l'état circulatoire de la région intéressée. L'influence de cette circonstance a été indiquée et mise en lumière surtout par M. Schwartz, qui a fait voir le rôle que joue, en pareil cas, l'ischémie préalable d'un membre au moyen de la bande d'Esmarch : l'absorption de la cocaïne en est notablement ralentie, au point que l'on peut injecter dans une région ainsi anémiée des doses de cocaïne supérieures à celles qu'il serait prudent de ne point dépasser, s'il s'agissait d'un membre pourvu de son intégrité circulatoire. *A priori*, on pourrait prévoir ce résultat, qui paraît conforme aux données classiques de la physiologie. Néanmoins, il importait qu'un chirurgien autorisé vînt le signaler expressément et en accentuât l'importance aux yeux des opérateurs qui pourraient éventuellement être amenés à l'oublier. Dans un ordre d'idées assez analogue, se place l'injection des solutions cocaïnées dans l'intérieur des cavités séreuses, comme la tunique vaginale, ou la grande synoviale du genou. C'est encore là une condition qui favorise singulièrement l'absorption et qui commande, par là même, une circonspection parfaitement motivée. Le chirurgien qui ne perdra pas de vue ces différentes circonstances et qui saura proportionner les doses à chacune d'elles, aura par là même réalisé certaines garanties qui paraissent avoir précisément fait défaut dans quelques-uns des cas malheureux rapportés par la presse médicale, et vis-à-vis desquels des précautions pourtant fort simples n'avaient probablement pas été prises.

Ce n'est pas tout, cependant, et il existe encore pour la cocaïne, comme pour les anesthésiques généraux, entre autres le chloroforme, des conditions plus ou moins bien connues, parfois même un peu mystérieuses, qui contribuent encore à rendre quelque peu aléatoire l'intervention de ce précieux anesthésique local. Dans cet ordre d'idées on a incriminé surtout l'influence des cardiopathies antérieures, souvent latentes, parfois ignorées des opérateurs et des malades eux-mêmes, et vis-à-vis desquels la cocaïne se comporterait comme une sorte de poison du cœur, à la façon du chloroforme, dont il partagerait ainsi les contre-indications. Telle est, en particulier, l'interprétation qui paraît s'appliquer au cas rapporté par M. Berger, et dans lequel on a vu un opéré anesthésié par la cocaïne succomber avec des phénomènes d'excitation suivis d'une syncope terminale et mortelle. L'autopsie permit de constater, à côté des lésions congestives habituelles des poumons et des méninges, l'existence d'une insuffisance mitrale nettement caractérisée. On est fondé à croire que cette dernière lésion a joué un rôle décisif dans l'apparition de la syncope, qui eût vraisemblablement fait défaut si l'insuffisance mitrale elle-même n'avait pas existé. Une conclusion semblable est applicable à un autre fait rapporté par M. Reynier, fait relatif à un cas de mort survenu chez un individu qui venait de subir l'injection de 1 centigramme de cocaïne, en vue de l'extraction d'une dent. Chez cet homme, qui était atteint d'une insuffisance mitrale confirmée, la succession des accidents consécutifs à l'injection fut moins rapide que dans le cas précédent, mais le résultat fût le même : la mort survint quelques jours après, au milieu des symptômes d'un état asystolique qui avait commencé avec les premiers accidents consécutifs à l'opération. On peut, avec vraisemblance, bien qu'avec moins de preuves, étendre la même interprétation au fait que M. Labbé a cité à son tour et qui concerne pareillement un cas d'empoisonnement cocaïnique à la suite de l'ablation d'une dent : seulement, dans ce dernier cas, l'état antérieur du sujet paraît avoir été méconnu, ce qui laisse nécessairement planer quelques doutes sur le mécanisme de la mort. Toujours est-il que la question des doses ne saurait être incriminée ici, ou du moins mise au premier plan, car la quantité de cocaïne injectée n'avait été que de 1 centigramme dans un des cas précités, et très modérée également dans les deux autres, fait qui réduit à sa valeur l'argument d'après lequel l'innocuité de la cocaïne serait avant tout une question de dosage.

En définitive, on peut conclure des considérations précédentes que l'emploi de la cocaïne, de même que celui des autres anesthésiques, est justiciable de certaines règles motivées surtout par la possibilité d'une absorption trop rapide, et, d'autre part, qu'elle peut rencontrer des contre-indications, au nombre desquelles se place en première ligne la constatation d'une cardiopathie ancienne et confirmée. Nos connaissances se bornent là et, dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons dire encore quelle est, parmi les catégories si diverses de maladies du cœur, celle qui expose le plus à la production d'accidents mortels. Tout au plus est-on autorisé à croire, d'après les observations signalées, que les affections mitrales sont ici plus dangereuses que les affections aortiques, fait qui tendrait, s'il était définitivement reconnu exact, à rapprocher la cocaïne du chloroforme dont elle se sépare si profondément par d'autres côtés. Dans un autre ordre d'idées, il resterait à déterminer si certaines altérations, comme celle des reins ou des poumons, ne peuvent jouer également un rôle, mais par un tout autre mécanisme, en entravant l'élimination de l'alcaloïde au fur et à mesure de son arrivée dans la circulation. Ce que nous savons du rôle des émonctoires vis-à-vis de l'élimination des substances toxiques nous autorise à penser que cette influence peut entrer éventuellement en ligne de compte, mais jusqu'à plus ample informé, nous ne pouvons

formuler sur ce point autre chose que de simples hypothèses.

P. MUSELIER.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES INJECTIONS DE TUBERCULINE

Dans une revue récente, nous avons montré combien divergent actuellement les opinions qui ont cours sur la valeur curative de la tuberculine, suivant qu'on va chercher ces opinions dans le pays d'origine du remède de Koch, ou dans d'autres pays. Si l'utilité de ce remède reste fort contestée, les faits démontrent, d'autre part, que les injections de tuberculine exposent les malades à des accidents assez nombreux, parmi lesquels il s'en rencontre d'insolites, qui défient toutes les précautions d'usage. Quelques exemples intéressants en fourniront la preuve.

a. Voici d'abord un cas de *gangrène étendue de la peau*, consécutive à des injections de tuberculine, publié par un médecin de Berlin, M. Sehrwald. (*Deutsche medinische Wochenschrift*, 1891, n° 39, p. 1112.)

Ce cas, unique en son genre, concerne un jeune homme de 22 ans, très robuste, qui présentait les symptômes de la tuberculose depuis une année environ; on constatait chez lui les signes d'une induration cirrhotique du sommet droit. Les crachats ne contenaient qu'un petit nombre de bacilles. Le 30 décembre 1890 le malade fut soumis au traitement par les injections de tuberculine. Réactions générales faibles; au siége des piqûres, tuméfaction et douleurs insignifiantes. Mais après la dix-huitième injection, qui fut de la valeur de 2 milligr. de tuberculine, la douleur éprouvée au siège de la piqûre augmenta sensiblement à partir du second jour; à ce niveau il se forma un foyer d'induration, d'abord rouge, puis bleuâtre. Il sembla tout d'abord que ce foyer d'induration allait suppurer, mais à partir du quatrième jour il fut envahi par la nécrose, et finalement il s'élimina une eschare de la largeur d'une pièce d'un franc. L'ulcération consécutive mit de quatre à cinq semaines à se cicatriser.

M. Sehrwald a insisté sur ce que la seringue utilisée pour ces injections était désinfectée avec le plus grand soin, et sur ce que la lymphe employée chez ce malade servit ensuite pour d'autres sujets qui n'ont pas présenté les mêmes accidents, preuve que cette lymphe était en bon état. La nécrose, dans le cas en question, ne pouvait donc être attribuée à une infection accidentelle. D'autre part, elle présentait l'analogie la plus frappante avec les nécroses développées par Koch chez des cobayes tuberculeux auxquels il injectait des bacilles de la tuberculose, vivants ou morts.

Il y a donc lieu d'admettre que chez le malade de Sehrwald la lymphe injectée contenait de ces bacilles. M. Sehrwald a d'ailleurs examiné un grand nombre d'échantillons de lymphe de Koch, et constamment il y a découvert des bacilles de la tuberculose. Si d'autres observateurs sont arrivés à un résultat contraire, c'est qu'ils ont négligé certaines précautions indiquées par M. Sehrwald, et destinées à fixer convenablement les bacilles sur le porte-objet, avant de les colorer. Ce résultat s'obtient très aisément, lorsqu'on a soin de triturer la gouttelette de tuberculine déposée sur le porte-objet, avec du collodion étendu de dix fois son volume d'alcool absolu.

En somme, M. Sehrwald a conclu ce qui suit :

1° L'injection de *bacilli tuberculosi* morts provoque chez l'homme tuberculeux une nécrose locale analogue à celle qu'on observe dans les mêmes conditions chez l'animal tuberculeux;

2° Les bacilles de la tuberculose contenus dans la lymphe de Koch existent souvent en nombre suffisant pour provoquer une pareille nécrose;

3° Pour se renseigner d'une façon exacte sur la quantité de bacilles de la tuberculose contenus dans la tuberculine, on devra, avant de colorer ces bacilles, les fixer sur le verre. Un procédé commode pour obtenir ce résultat consiste dans l'emploi du collodion fortement dilué avec l'alcool absolu;

4° La nécrose consécutive à l'injection de bacilles de la tuberculose a une importance diagnostique et pronostique considérable, car elle indique que le processus tuberculeux est encore en voie d'évolution, alors même qu'on se trouve en présence d'une guérison apparente;

5° Pour éviter ou pour atténuer autant que possible les phénomènes subjectifs, consécutifs à l'injection, il est désirable que la lymphe de Koch soit mise sous un état de pureté aussi complète que possible, résultat qu'on pourra obtenir en soumettant la lymphe à l'action de la force centrifuge.

b. A l'Institut pathologique du prof. König, de Gœttingue (*Eodem loco*, n° 27, p. 867), on a constaté une *nécrose de l'épithélium* rénal, dans 8 cas sur 13 qui ont fait l'objet d'une autopsie; les pièces anatomiques provenaient de tuberculeux qui, de leur vivant, avaient été soumis aux injections de tuberculine; dans 1 seul de ces 8 cas les reins participaient aux lésions tuberculeuses; la nécrose était donc imputable à l'action mortificatrice de la tuberculine.

Relevons en passant qu'un médecin suisse, M. Burckhart (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, t. XXI), a signalé comme une complication relativement fréquente du traitement par les injections de tuberculine, les *hématuries*.

c. M. Oppenheim (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 3, p. 55) a publié l'observation d'une jeune femme de 22 ans, affectée d'une tuberculose commençante des poumons, avec résidus anciens d'ostéite tuberculeuse. La malade n'avait pas de fièvre, mais elle était très débilitée. On lui fit une injection de tuberculine de 2 milligrammes, le 6 décembre 1890, à 10 h. du matin. A 2 heures, vomissements, grande prostration, soif vive. A 4 heures, t. 40, pouls 144; pas de signes d'une réaction locale. A 11 heures du soir, la malade a succombé, après avoir présenté les signes d'une *paralysie cardiaque*.

d. Dans un cas d'arthrite tuberculeuse de la hanche, admis en traitement à l'hôpital de Fellin, en Livonie, et dont fait mention M. Schwartz (*Deutsche medicin. Wochenschrift*,

n° 29, p. 906), les injections de tuberculine avaient provoqué la réaction caractéristique; la douleur et la tuméfaction articulaires étaient en décroissance. On pratiqua une résection, pour évacuer le pus contenu dans la jointure. La plaie opératoire était en voie de cicatrisation, lorsque le sujet, un jeune garçon, fut emporté par une *hémorrhagie intestinale profuse.*

e. M. Scheube (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 36, p. 889) a traité par les injections de tuberculine une dame qui présentait des signes d'une tuberculose pulmonaire au début. Les réactions ont été faibles. Dans le cours du traitement, il s'est développé chez cette femme une véritable *ataxie aiguë* du membre inférieur gauche. La malade ne pouvait plus se tenir d'aplomb les yeux fermés. Le réflexe patellaire était aboli des deux côtés. La malade n'osait plus s'aventurer à marcher sans être soutenue.

Ces accidents ont duré environ un mois. L'auteur les a comparés à l'ataxie aiguë qu'on observe quelquefois à la suite d'une maladie infectieuse, tout en réservant le point de savoir quelle influence a exercée sur leur développement une infection syphilitique que la malade avait subie quelques années auparavant.

f. Les injections de tuberculine, par les réactions locales qu'elles développent, peuvent provoquer *l'effraction d'un foyer profond de tuberculose*, voire d'*une caverne*. Une observation publiée par M. Schreiber (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 37, p. 1073.) montre que ce résultat n'est pas toujours de ceux dont les malades ont à se louer;

Une jeune fille de 18 ans qui présentait depuis cinq ans les symptômes d'une tuberculose du poumon gauche, fut soumise au traitement par la tuberculine au mois de décembre dernier. A cette époque on constatait l'existence d'une petite caverne au-dessous de la clavicule gauche. La tuberculine fut d'abord injectée à la dose d'un demi-milligramme; réaction légère. La seconde injection fut de 1 milligramme; la réaction fut plus forte. Le vingtième jour du traitement on fit la septième injection (4 milligrammes). Le lendemain la mère de la jeune fille vint annoncer au médecin que la malade parvenait enfin à rendre des crachats, ce qu'elle n'avait pas fait jusqu'alors. L'auscultation fit voir que la respiration caverneuse avait disparu au-dessous de la clavicule gauche; dans les autres régions du poumon les râles étaient réduits au minimum, presque partout la respiration était normale. La jeune fille se sentait beaucoup mieux, elle respirait plus librement, se fatiguait moins vite en marchant. Mais cette amélioration fut de très courte durée; après la seizième injection (6 milligrammes) et les suivantes il n'y eut plus de réactions; les crachats d'un jaune verdâtre, expectorés par la malade, devinrent de plus en plus abondants. Les râles gagnèrent en intensité. On suspendit le traitement pour instituer un régime très fortifiant, mais sans obtenir la moindre amélioration ultérieure.

Il s'agit là, en somme, d'une catégorie de faits dont il faudra tenir compte lorsque le moment sera venu d'établir le bilan définitif des résultats donnés par le traitement de Koch.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

PRÉCIS D'ASSISTANCE AUX OPÉRATIONS, par M. PAUL THIÉRY, prosecteur et lauréat de la Faculté de médecine. — 1892.

Ce qui manque le plus souvent au chirurgien appelé à faire une opération en dehors de son cercle habituel, ce sont des aides au courant du manuel opératoire, de l'instrumentation, du rôle qu'ils ont à remplir pour donner une assistance efficace à l'opérateur. Justement préoccupé, dans ce cas, de mille questions accessoires — position du malade, instruments, antisepsie, etc. — s'il n'a pas près de lui des médecins capables de s'occuper en connaissance de cause de tous ces détails, le chirurgien voit sa fatigue s'en augmenter et son attention se détourner du champ opératoire au grand détriment de l'opéré. Mais où trouver l'enseignement du rôle qu'ils ont à remplir dans ce cas, si les futurs praticiens ne suivent pas pendant de longues années les services de chirurgie, ce qui n'est pas la règle pour la plupart d'entre eux. L'expérience qu'on peut acquérir à ce sujet par la pratique de chaque jour certes est le meilleur moyen à mettre en usage. Mais combien ne peuvent le faire; le livre que publie M. Thiery, prosecteur de la Faculté de médecine, sera à ce sujet d'un intérêt pratique considérable.

Ce livre, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Verneuil dans la préface qui sert d'introduction à l'ouvrage, ne sera pas seulement utile aux médecins dont nous parlions plus haut, mais il sera également lu et médité avec fruit par les internes nouvellement promus, et qui arrivent souvent dans le service de chirurgie avec une année au plus d'externat consacrée à cette importante branche de la médecine. La veille d'une opération, ils pourront non seulement relire et s'assimiler le rôle qu'ils peuvent avoir à remplir dans le cours de l'opération, mais encore se mettre à même de préparer avec exactitude et sans omission tout l'arsenal instrumental qu'elle comporte.

A ce double titre, M. Thiery a fait non seulement une œuvre de chirurgien instruit, mais une œuvre utile pour l'enseignement.

Nous ne pouvons analyser cet ouvrage dont la forme — qui répond d'ailleurs au titre — *précis*, pourrait paraître aride à une lecture suivie; signalons seulement les chapitres qui concernent le rôle de l'aide avant l'opération, pendant l'opération, et après l'opération, chapitres renfermant des principes qui doivent se graver dans l'esprit des élèves qui ont un rôle à remplir durant l'acte opératoire.

Le reste de l'ouvrage tout entier, après ce court aperçu général, est consacré à l'assistance proprement dite, aux opérations, et celles-ci, rangées par ordre alphabétique, permettront une recherche rapide en cas de besoin.

Signalons à la fin de ce manuel ce qui concerne la chloroformisation, l'hémostase, la suture, la confection de l'appareil plâtré, enfin les conseils sur le choix d'un arsenal pour chirurgie courante.

Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs ce précis qui, sous sa forme modeste, a dû coûter beaucoup de travail et de peine à l'auteur.

H. B.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat.

La *Gazette* ayant déjà, seule parmi tous les journaux, publié un commentaire complet du projet de loi sur l'exercice de la médecine voté par la Chambre des députés, dans les séances des 17 et 19 mars 1891, on ne saurait, en principe, que s'y référer. (Voir les nos 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31, etc., de la *Gazette médicale de Paris.*) Toutefois, de nombreuses modifications ayant été apportées à ce projet par la Commission du Sénat chargée de l'examiner, il est utile de les signaler sous chacun des articles du nouveau projet, en même temps que les rectifications restant encore à effectuer.

On verra, en parcourant cette seconde étude, que nos efforts ne sont pas demeurés stériles, car il n'est, pour ainsi dire, pas un article qui n'ait subi un ou plusieurs changements conformes aux observations présentées dans notre premier commentaire de la nouvelle loi. Un pareil résultat est bien fait pour nous encourager à persister dans la même voie et à compléter une œuvre aussi profitable au monde médical qu'au législateur lui-même.

Les principales modifications que renferme le projet de la Commission sont les suivantes :

1° Le délai de la prescription, en matière d'honoraires, réduit de cinq ans à deux ans, et application de cette prescription aux pharmaciens ;

2° Réglementation du droit qu'ont les médecins de vendre des médicaments dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien ;

3° Interdiction de cumuler la profession de médecin, dentiste ou sage-femme non-seulement avec l'exercice de la pharmacie, mais encore avec l'exercice de l'herboristerie ;

4° Droit accordé aux médecins et sages-femmes étrangers, déjà autorisés à exercer en France, de continuer à jouir de cette autorisation ;

5° Interdiction, même aux dentistes diplômés, de pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un docteur ou officier de santé ;

6° Droit refusé aux sages-femmes de 2e classe d'exercer sur tout le territoire de la République ;

7° Obligation non reproduite pour les officiers de santé (transitoirement maintenus seulement) de se faire assister par un docteur, dans les grandes opérations ;

8° Exclusion, de tous établissements d'enseignement supérieur, des aspirants aux diplômes de docteur, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamnés par la justice criminelle ou correctionnelle ;

9° L'application de la loi ajourné à une année après sa promulgation.

Cette dernière disposition a sans doute pour but de donner le temps de préparer les divers décrets, règlements, arrêtés ministériels, consultations de l'Académie de médecine, du Comité d'hygiène et du Conseil supérieur de l'instruction publique, auxquels s'en réfère fréquemment la loi nouvelle.

N'ayant encore pu obtenir le texte officiel même du projet de la Commission du Sénat, nous donnons ci-après celui qui a été publié par le *Journal des connaissances médicales* (dont le directeur est le président même de la Commission du Sénat) et qu'il y a lieu de présumer parfaitement exact. Ce projet paraît avoir un caractère à peu près définitif, ayant été, paraît-il, arrêté après accord avec la Commission de la Chambre des députés, et le savant doyen de la Faculté, M. Brouardel, commissaire du gouvernement.

Notre précédent commentaire se terminait par cette conclusion : « La nouvelle loi ne deviendra possible que le jour où le Sénat aura effectué la plupart des rectifications qui viennent d'être indiquées. » Encore quelques erreurs à réparer, quelques lacunes à combler, et nous aurons pleine satisfaction. La loi ne sera peut-être pas parfaite, mais elle se tiendra debout, elle deviendra applicable et pourra être, à certains points de vue du moins, considérée comme un progrès réel sur l'ancienne législation. Mais, ici, une fois de plus, il faut le répéter dans l'intérêt public, quand donc se décidera-t-on à s'assurer le concours de *jurisconsultes-spécialistes* pour la confection de nos lois spéciales ? Il est clair que les représentants du pays (quelles que soient leurs lumières et leur intelligence) ne sauraient avoir la science infuse et légiférer correctement sur toutes les matières qui sont soumises à leur vote, même avec l'aide de jurisconsultes de droit commun.

TITRE PREMIER. — *Conditions de l'exercice de la médecine.*

ARTICLE Ier

Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. *(Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires reorganisées conformément au décret du 1er aout 1883.*

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une école préparatoire organisée suivant le décret ci-dessus.

Les élèves occupant dans les villes ou siège une école préparatoire des places d'internes et de prosecteurs nommés au concours pourront y prendre leurs seize inscriptions. (1)

On voit qu'à la différence du projet voté par la Chambre des députés, celui de la commission du Sénat régit ici des questions relatives à la scolarité médicale. Ces dispositions nouvelles ont pour but de maintenir et de développer la clientèle des écoles préparatoires en conformité des engagements formellement pris, au nom du gouvernement, à la séance de la Chambre du 17 mars 1891, par l'honorable M. Bourgeois, ministre de l'Instruction publique.

Les deux premiers examens probatoires pouvaient déjà être passés, dans les écoles de plein exercice, devant un jury composé de deux professeurs et d'un agrégé de Faculté, et ces écoles pouvaient en outre recevoir les 16 inscriptions de doctorat comme les Facultés. Quant aux Écoles préparatoires, réorganisées ou non, elles ne recevaient jamais que les 12 pre-

(1) Les italiques des textes indiquent les dispositions qui ne figuraient pas dans le projet voté par la Chambre des députés.

mières inscriptions, et, dans les écoles préparatoires réorganisées seulement (Caen, Reims, Rennes et Besançon), les aspirants au doctorat pouvaient passer le premier examen probatoire et la première partie du second, devant un jury composé comme il vient d'être dit. Désormais, dans les écoles préparatoires réorganisées, ils pourront passer les deux premiers examens probatoires en entier, et, ajoute notre article 1er, prendre les inscriptions précédant ces deux examens.

Nous n'avons encore pu nous procurer le rapport de la commission du Sénat, mais nous concluons, de ce qui précède, que le seul changement apporté à l'ancien état de choses, à cet égard, c'est que les Écoles préparatoires réorganisées reçoivent, en plus, le droit de faire passer la deuxième partie du second examen probatoire et ne peuvent toujours délivrer, comme par le passé, que les douze inscriptions nécessaires à cet effet, sauf dans le cas prévu par le dernier paragraphe de l'article 1er où elles pourront recevoir les 16 inscriptions sans qu'on ait le droit d'y passer d'autres examens que les deux premiers probatoires. Quant aux Écoles préparatoires non encore réorganisées, elles continueront à ne jamais recevoir que les 12 premières inscriptions sans qu'on y puisse passer aucun examen. Si telle a bien été la pensée de la commission, il serait bon, pour plus de clarté, de rappeler au dernier paragraphe, qu'il s'agit d'École préparatoire *réorganisée* seulement.

(*A suivre.*) A. LÉCHOPIÉ. Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : Expériences sur les pouvoirs glycolytique et saccharifiant du sang. — Phthiriase du cuir chevelu chez un enfant de cinq mois, par le phthirius inguinalis.
Société de chirurgie : Dangers de la cocaïne comme anesthésique.— Application de la méthode sclérogène aux luxations congénitales de la hanche.

L'Académie de médecine, qui a perdu un de ses anciens présidents, M. Moutard-Martin, n'a pas tenu sa dernière séance en signe de deuil. La Société médicale des hôpitaux a dû chômer pendant deux séances consécutives à cause de Noël et du jour de l'an. Le mouvement scientifique de la semaine s'est naturellement ressenti de cette double circonstance.

— A l'Académie des sciences, MM. Lépine et Barral ont communiqué la suite de leurs recherches expérimentales sur les variations du pouvoir glycolytique et saccharifiant du sang. Les résultats de leurs dernières expériences sont les suivants :

Le pouvoir glycolytique du sang, qui diminue dans l'asphyxie prompte, disparaît complètement dans l'asphyxie lente. Par contre, le pouvoir saccharifiant est diminué dans le dernier cas, tandis qu'il est augmenté dans le premier. Chez un animal rendu diabétique par une administration de phloridzine, les deux pouvoirs glycolytique et saccharifiant sont accrus. Il en est de même du pouvoir saccharifiant de l'urine. Dans ce cas, le diabète ne tient donc pas à la diminution de la glycolyse, mais à l'augmentation de la production de sucre.

Chez une dizaine de malades atteint de diabète, MM. Lépine et Barral ont trouvé aussi le pouvoir saccharifiant de l'urine accru.

On s'explique ce pouvoir saccharifiant de l'urine par ce fait qu'en recherchant séparément, comme l'ont fait les deux savants expérimentateurs, le pouvoir saccharifiant des globules et du sérum, on constate qu'il réside tout entier dans le sérum, d'où le ferment passe dans l'urine. Ils ont démontré ailleurs que le ferment glycolytique réside dans les globules blancs.

— On a vu parfois les poux du pubis s'étendre aux parties velues du corps, à la barbe et même aux sourcils; on n'avait pas encore noté leur présence dans les cheveux. M. Tronessart a communiqué à l'Académie l'observation d'un enfant de 5 mois, qui tenait les parasites de sa nourrice, et en présentait, à l'état d'œufs ou de lentes sur les cils, à l'état adulte, dans les cheveux, principalement à la région occipitale et derrière les oreilles. Pour débarrasser l'enfant de ces parasites, l'auteur préfère, aux préparations mercurielles, la poudre de staphisaigre en insufflations, l'eau de Cologne et le camphre. Comme il est difficile d'enlever les lentes aux paupières sans arracher les cils, il écrasera les œufs entre les mors d'une pince fine et entraînera les débris par des lavages à l'eau boriquée tiède.

La présence de lentes du *pediculi pubis* sur les cils peut conduire à une erreur de diagnostic en donnant aux bords libres des paupières l'apparence d'une blépharite ciliaire. Il importe d'être prévenu. L'examen à la loupe permettra le plus souvent de reconnaître l'œuf du parasite.

— La question des dangers de la cocaïne employée comme anesthésique, sur laquelle nous avons dit quelques mots dans notre précédent *Bulletin*, est revenue à l'ordre du jour de la dernière séance de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ; elle est, plus haut, l'objet d'une étude critique; nous n'avons pas ici à y insister.

—La méthode sclérogène, qui a déjà donné à M. Lannelongue de si beaux résultats dans les tuberculoses articulaires, a été mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie et deviendra sans doute, dans un avenir prochain, l'objet d'une intéressante discussion. En attendant, l'auteur de la méthode en a montré une application heureuse aux luxations congénitales de la hanche. C'est là un fait nouveau et encore à l'étude cliniquement et expérimentalement. La communication de M. Lannelongue est comme un avant-propos aux recherches qu'il a instituées et dont nous aurons à faire connaître après lui les résultats.

F. DE R.

NOTES ET INFORMATIONS

La conférence sanitaire internationale de Venise. — C'est mardi prochain, 5 janvier, que doit s'ouvrir à Venise la conférence sanitaire internationale dont nous avons déjà annoncé la réunion. Nous rappelons que la France sera représentée par MM. Bronardel et Proust.

— **Statistique de la tuberculose.** — M. le Dr L.-H. Petit, secrétaire général de l'*œuvre de la tuberculose*, dans le but de connaître la mortalité par tuberculose en 1891 dans les grandes villes de France, vient d'adresser, aux maires des préfectures et sous-préfectures, une circulaire pour les prier de demander aux médecins de l'état-civil, un relevé exact de la mortalité due à cette cause, avec indication de la forme de tuberculose qui a entraîné la mort.

Un vœu légitime de la Société médicale des bureaux de bienfaisance. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique comprend, entre autres membres, deux représentants au moins du corps médico-chirurgical des hôpitaux. A plusieurs reprises, la Société médicale des bureaux de bienfaisance a émis le vœu que l'Assistance à domicile, qui tend à prendre une extension de plus en plus grande, fût aussi représentée au sein du Conseil. Elle vient d'adresser récemment l'expression de ce vœu à M. le Ministre de l'Intérieur et à M. le Préfet de la Seine. Ce vœu paraît des plus légitimes. Il ne peut qu'être pris en sérieuse considération par l'autorité supérieure.

Conseil général des Facultés de Paris. — Ce Conseil, dans la dernière séance de l'année qu'il vient de tenir, a, entre autres décisions, voté le maintien de deux chaires vacantes, l'une de droit civil à la Faculté de droit, l'autre de pharmacologie à la Faculté de médecine.

Conflit entre les étudiants de Montpellier et la Police municipale. — A la suite de l'arrestation brutale d'un de leurs camarades par un agent de la police, les étudiants de Montpellier, réunis en assemblée générale, ont demandé que réparation pleine et entière leur fût accordée par la révocation de l'agent. Les regrets exprimés par le maire en plein Conseil municipal leur ont paru une satisfaction insuffisante et, forts de l'appui moral de leurs maîtres, ils ont persisté dans la réparation demandée. Dans un appel qu'il leur a adressé, le recteur de l'Académie leurs conseille d'éviter toute manifestation tumultueuse, qui nuirait à leur cause et pourrait entraîner des conséquences que tout le monde aurait à déplorer. Il est à souhaiter que les étudiants suivent ce sage avis.

Association des médecins étrangers exerçant en France. — Le nombre des médecins étrangers exerçant en France est difficile à établir; on en compte environ 250 à Paris, où, après les différentes stations hivernales, leur proportion relative est la plus grande. La pensée est venue à quelques-uns d'entre eux de fonder à Paris une association ayant pour but de les rapprocher les uns des autres, dans quelque point de la France qu'ils exercent, et de leur fournir le moyen de s'entr'aider. Un comité a été nommé pour élaborer les statuts.

NOUVELLES

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Richet père, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, décédé à sa propriété de Carqueranne, près de Toulon.

Faculté de médecine de Paris.

2e TRIMESTRE DE L'ANNÉE-SCOLAIRE 1891-92.

Inscriptions.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 6 janvier 1892. Il sera clos le 28 janvier, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat, et de première année d'officiat, les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, samedi 9, mercredi 13, jeudi 14, vendredi 15 et samedi 16 janvier;

2° Inscriptions de troisième et quatrième année de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27 et jeudi 28 janvier.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (physiologie).

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 19 janvier.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Nancy. — M. André est nommé, pour l'année scolaire 1891-92, préparateur de thérapeutique.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont institués, pour un an, chefs de clinique : MM. Destarac et Rispal (*clinique médicale*); Chamayon (*clinique chirurgicale*); Stieber (*clinique obstétricale*); Batut (*clinique opthalmologique*); Chabaud (*clinique des maladies des enfants*).

École de médecine d'Alger. — M. Goinard est nommé préparateur de physiologie.

— Un concours pour l'emploi de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison de correction de Saint-Lazare s'ouvrira, dans ledit établissement, le jeudi 28 janvier 1892, à midi, et se continuera les jours suivants. — Pour tous renseignements, s'adresser au Ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire).

— Un concours public pour une place de médecin près les hospices civils de Saint-Étienne s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 30 mai 1892. Ce concours durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé entrera en fonctions le 1er juillet 1892. Son traitement sera de 1.500 fr. par an. — S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des Hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoîte, n° 40.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Vve Babé et Cie, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1884), par le Dr E. Lancereaux. 1 volume in-8 de 534 pages avec figures dans le texte. Prix 10 francs.

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Indications, contre indications, marches et durées de la cure tonique de Royat dans le traitement de l'arthritisme, de l'anémie et de la neurasthénie, par le Dr H. Laussedat, médecin consultant à Royat. Une brochure petit in-8 de 60 pages.

Imprimerie Savoisienne, rue du Château, à Chambéry.

Les indications de Challes, aphonies et enrouements, par le Dr Paul Raugé, médecin consultant à Challes. Une brochure in-8, de 108 pages.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

REVUE GENERALE

DE LA GOUTTE SATURNINE

Par MM. Georges Lemoine et P. Joire (de Lille).

(*Suite*) (1).

III

La goutte saturnine, quoique présentant de grands rapports avec la goutte ordinaire, offre certains caractères spéciaux.

Les accès de goutte saturnine apparaissent en général à un âge moins avancé que les accès de goutte vraie.

Dans la goutte ordinaire, on observe, préalablement à l'accès, un état général d'inquiétude et de malaise, de surexcitation nerveuse, des douleurs vagues, des poussées congestives subites, ou bien d'antres symptômes généraux de la diathèse arthritique, tels que l'asthme ou la gravelle. Tout ce début, dans la goutte saturnine, est supprimé ou remplacé par des phénomènes dus à l'intoxication spéciale, et cette marche même est un des caractères de la goutte saturnine qui contribue à lui donner une physionomie à part. Il n'y a pas de prodromes, mais, comme l'intoxication saturnine a déjà fait des ravages, ce n'est pas au milieu d'une parfaite santé qu'apparaissent les accès de goutte saturnine

Elle atteint de préférence les ouvriers soumis depuis longtemps à l'influence du plomb, entachés d'anémie plus ou moins profonde, ou même qui ont présenté déjà des manifestations sérieuses d'empoisonnement, comme la colique de plomb, l'encéphalopathie ou des paralysies saturnines.

L'accès éclate souvent à l'occasion d'une de ces manifestations qui semblent, en ébranlant davantage l'organisme déjà affaibli, préparer le terrain favorable au développement de la nouvelle maladie.

Le début est brusque et soudain, il a lieu en général la nuit. L'accès une fois commencé ne présente aucune particularité qui le distingue de la goutte franche.

Au milieu de la nuit, le malade est réveillé par une douleur qui se fait sentir dans l'articulation atteinte. Cette douleur donne la sensation de la dislocation des os et celle d'un liquide bouillant répandu sur la partie malade ; d'abord supportable, elle augmente peu à peu et devient intolérable au point que le poids même des couvertures est insupportable. La peau est rouge, tuméfiée, œdémateuse, sensible

(1) Voir le numéro 1.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 5. — *Hôpitaux de lépreux.*

I

Il est une catégorie de malades que l'Assistance publique a entourés en Espagne, d'une sollicitude spéciale, créant pour eux des établissements dans lesquels ils fussent isolés. Chaque fois qu'on le pouvait, on les plaçait dans un département plus ou moins séparé du reste de l'édifice hospitalier. La loi de 1849, pas plus que celles qui l'ont précédée, n'ont mentionné cette obligation ; mais des décrets ou règlements particuliers ont été faits à l'intention de ces malheureux.

Ainsi un décret du 7 janvier 1878 a décidé que l'on établirait un hôpital de lépreux là où il n'existerait pas d'hôpital général, et et qu'on emploierait à cet objet un ancien édifice (couvent, etc.) ; que, dans les hôpitaux provinciaux, on installerait un département séparé.

Le décret défend que les malades sortent des asiles sans un certificat médical ; il autorise l'admission des gens aisés moyennant un prix de journée ; ceux-ci sortiront quand ils voudront mais, comme tous les lépreux ayant une famille et ne voulant pas entrer dans un asile, ils devront vivre isolés, soit au dehors de la ville, soit dans des pièces parfaitement isolées d'une maison particulière ; le décret prescrit de veiller à la ventilation, à la propreté des ustensiles et des vêtements, lesquels ne serviront qu'aux lépreux. Il interdit aux femmes de lépreux de nourrir leurs propres enfants ; on ne doit pas employer le vaccin provenant d'enfants de lépreux, et, s'il s'agit d'un mariage avec un de ces malades, les autorités aviseront le futur conjoint sain du danger qu'il court.

Le décret du 7 janvier 1878 se termine par l'énumération d'une série de mesures hygiéniques concernant l'assèchement des marais, la fourniture d'une eau potable filtrée, l'interdiction de la vente de viande de porc, et de la viande de boucherie tuée en

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52.

à la pression, luisante autour de l'articulation. Les veines sont gonflées et saillantes.

Pendant l'accès, les malades présentent souvent de l'agitation et un état fébrile, mais jamais la fièvre intense élevée du rhumatisme articulaire aigu.

La goutte saturnine aiguë se porte de préférence sur le gros orteil, mais le fait n'est pas constant, quelquefois les chevilles, rarement les membres supérieurs sont pris les premiers. Lorsque l'état congestif se dissipe peu à peu, la peau devient d'ordinaire le siége d'une desquamation épithéliale au niveau de la jointure malade.

Pendant la crise aiguë les urines ne présentent rien de caractéristique, elles sont peu abondantes et fortement colorées comme toutes les urines fébriles; on peut souvent y constater la présence de l'albumine, elles laissent déposer des sédiments d'urates. Contrairement à ce qui a lieu pour la goutte ordinaire, l'urée est diminuée pendant l'accès de goutte saturnine et l'acide urique n'existe que peu ou pas; plus tard, à la fin de l'accès, on constate la présence de de l'acide urique et l'augmentation de l'urée, mais leur quantité reste au-dessous de la moyenne.

La goutte saturnine est une affection à marche relativement rapide, qui semble d'emblée s'implanter profondément dans l'organisme.

Chez les goutteux ordinaires, la marche de la maladie est beaucoup plus lente. Au début, les accès ne se montrent guère que tous les deux ou trois ans, plus tard tous les ans, enfin plusieurs fois par an.

Les genoux sont pris plusieurs années après les orteils; la maladie met encore plus de temps à gagner les membres supérieurs.

Ordinairement, chez les saturnins, plusieurs articulations sont prises dès le début, les accès sont plus longs et les intervalles qui les séparent, en général, fort courts.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la goutte saturnine, relèvent cette marche rapide et cette tendance à la généralisation.

Ainsi, chez le malade de M. Charcot, le nombre des accès pouvait se compter par le nombre de jointures compromises. Dans le cas de Verdugo, la généralisation se fit d'emblée avec la première crise douloureuse.

La goutte devient donc plus rapidement chronique et évolue plus vite chez les saturnins.

Cette allure particulière et cette gravité plus grande expliquent pourquoi la santé générale de ces individus se trouve sérieusement et rapidement altérée.

La tendance à la formation précoce des dépôts tophacés qui s'accumulent autour des articulations et qui produisent des déformations dans un espace de temps beaucoup plus restreint que dans le cas de la goutte vraie, est encore un des caractères particuliers de la goutte saturnine. Ou plutôt, tous ces caractères distinctifs ne sont pas spéciaux à la goutte saturnine; mais ce qui lui est propre, c'est de présenter dès le début les symptômes que la goutte ordinaire offre seulement au bout d'un temps fort long et lorsqu'elle est invétérée.

Garrod fait observer que les tophus sont très communs dans la goutte saturnine, mais passent souvent inaperçus, par suite de leur siége sur des parties où l'on n'a pas l'habitude de les chercher.

La fréquence des topbus sur le pavillon de l'oreille externe a été signalée par l'auteur anglais, qui insiste sur l'importance de cette observation au point de vue du diagnostic. Il dit avoir vu un malade chez lequel l'oreille externe paraissait avoir été le premier siége de la goutte. Les oreilles auraient, en effet, présenté des dépôts d'urate de soude avant toute manifestation articulaire.

Ce n'est pas seulement sur l'oreille et au niveau des diverses articulations qu'il faut rechercher les tophus. On les a rencontrés dans les régions les plus diverses. Garrod dit encore avoir vu un dépôt goutteux, gros comme un petit pois, qui paraissait avoir pour siége le tissu fibreux du corps caverneux.

On trouve aussi des dépôts d'urate de soude sur les paupières et dans l'épaisseur de la peau.

---

dehors des abattoirs, ou corrompue; il prescrit l'approvisionnement des marchés en viandes et légumes frais; et, partout où il y a des cas de lèpre, il ordonne de «fomenter la charité domiciliaire par le don de nourriture et de vêtements à fournir aux lépreux, de bâtir des maisons saines bien ventilées et pas encombrées ».

On prescrivait en même temps une statistique complète des cas de lèpre avec l'âge, l'état civil, l'état de la femme et des enfants, l'ancienneté de la cause, l'origine de la contagion entre époux, l'état hygiénique de la maison, le genre d'alimentation, les symptômes complets du mal.

II

En 1887 le Dr Codina, délégué d'Etat, fut chargé d'étudier l'extension de la lèpre dans le territoire qui tire son nom de « marquisat de Denia » d'une ville de 8.000 âmes, très ancienne, située au bord de la Méditerranée, plus au Nord qu'Alicante. Le Dr Codina trouva la lèpre dans 18 villages de ce territoire, et il certifia que la maladie s'était propagée, non par hérédité, mais par contagion. Il y avait eu, d'après lui, à un certain moment, 285 lépreux dont on avait pu retrouver la filière jusqu'à 1809. C'est à la suite de ce rapport, que le ministre de l'intérieur, M. Léon y Castillo, fit rendre, le 20 octobre 1887, un décret qui, s'appuyant sur les preuves de contagion de lèpre, prescrivait, entre autres mesures, la construction d'une léproserie provinciale à Alicante.

A mon passage dans cette ville, en mai dernier, je n'ai pas eu l'occasion de visiter cette léproserie, si elle existe, mais j'ai vu un asile de lépreux à Grenade. C'est un petit hôpital isolé, à constructions carrées entourant un jardin Il contient une soixantaine de malades, dont plusieurs horriblement défigurés, couchés dans les salles du bas et du haut, avec séparation des sexes. J'ai vu beaucoup moins de lépreux dans le département assez vaste qu'on leur a réservé au nouvel hôpital non encore achevé, faute de ressources, que l'on bâtit à Malaga, sur le modèle de Lariboisière.

A Séville, le département des lépreux est une annexe de l'hôpital central, assez bien amenagée, avec grand jardin.

De 1875 à 1880 d'après le précieux ouvrage du Dr Hauser, il est entré dans ces salles qui contenaient déjà 17 lépreux, 55 hommes, 28 femmes, et 1 enfant. Il en est sorti, dans cet

Chez notre malade, l'apparition des topbus a précédé l'accès de goutte articulaire.

Il arrive aussi quelquefois que les tophus sont remarquables, non seulement par leur apparition précoce, mais aussi par leur nombre et leur volume exceptionnels. Ainsi, M. Perret, de Lyon, cite un cas de goutte saturnine passée à l'état chronique, alors que le début de l'affection ne dépassait pas une huitaine d'années. Chez ce malade, les déformations étaient exceptionnellement considérables. Le gros orteil, les articulations tibio-tarsiennes et celles des membres supérieurs présentaient des déviations et des positions vicieuses produites par les topbus, qui coexistaient avec de l'atrophie musculaire et des rétractions tendineuses. Quelques-unes même étaient complètement immobilisées par les dépôts d'urates qui les englobaient dans une couche épaisse. Au voisinage des coudes, un peu au-dessus de l'olécrane, il existait de chaque côté un tophus énorme, dont le volume atteignait presque celui d'un œuf de poule; enfin, dans certains points, à la surface de ces dépôts, la peau était rouge, ulcérée, et laissait échapper une matière crayeuse.

Après une première atteinte de goutte saturnine, la rechute vient assez rapidement, plus longue, plus complète que la première attaque. Un plus grand nombre d'articulations sont prises fièvre est plus forte.

Le retour à la santé n'est jamais complet. D'autres attaques surviennent et la goutte prend des caractères nouveaux. Les accès sont plus longs et ne sont plus séparés que par des intervalles de plus en plus courts; le malade devient dyspeptique, se plaint de douleurs nerveuses, vagues et erratiques, et marche peu à peu à la cachexie goutteuse.

La goutte saturnine, comme la goutte ordinaire, présente une forme aiguë et une forme chronique. Nous avons vu que la forme aiguë de la goutte saturnine ne différait de la goutte ordinaire que par la gravité. Il en est encore de même de la goutte saturnine chronique.

Tous les auteurs, à la suite de Garrod, ont indiqué que chez les ouvriers atteints de goutte saturnine, la maladie avait une grande tendance à revêtir promptement la forme asthénique ou chronique. Il est probable que la misère dans laquelle vivent les saturnins entre pour beaucoup dans cette marche rapidement cachectisante.

Du moment que la maladie tend à prendre la forme atonique, les localisations articulaires se multiplient. Il ne se présente plus alors d'accès nets de phénomènes articulaires, mais il se forme des lésions permanentes sans tendance à rétrocéder.

Le pronostic de la goutte saturnine est donc plus grave que celui de la goutte ordinaire. L'affection est doublée d'un empoisonnement déjà très accentué quand la goutte apparaît. Le terrain est préparé; et la goutte vient se greffer sur un organisme affaibli à des degrés divers par l'imprégnation plombique. La marche des accidents est influencée par le degré d'intoxication; ils sont d'autant plus graves que celle-ci a été plus rapide.

Ce qui assombrit le pronostic de la goutte saturnine, c'est que les reins sont presque toujours lésés du fait du plomb ou du fait de la goutte, ce qui expose les goutteux saturnins à tous les accidents de la goutte viscérale. C'est, en effet, presque toujours par des complications urémiques que se termine la maladie.

IV

On observe fréquemment, pendant l'accès de goutte saturnine, une albuminurie, qui est quelquefois simplement un phénomène de début et transitoire, mais qui souvent est durable et persiste après la disparition des accidents goutteux.

L'anatomie pathologique, du reste, démontre la fréquence des lésions rénales dans cette affection; elles sont la règle dans la période chronique et donnent à la goutte saturnine sa gravité.

Ce fait est en rapport avec les altérations du rein que l'on observe dans les phases avancées de l'intoxication sa-

---

espace de cinq années, 18, et il y en est mort 41. Dans cet hôpital il y a, dans les salles mêmes de lépreux, quelques malades atteints de syphilides et de scrofulides rebelles.

§ 6. — *Les Pellagreux.*

I

Il n'y a pas, en Espagne, d'hôpitaux pour les pellagreux; cependant cette maladie existe à l'état exceptionnel, dans certaines provinces, et dans certaines conditions d'existence et surtout d'alimentation. C'est ainsi que l'hôpital de Triano, qui soigne les ouvriers mineurs du district de Sommorostro, reçoit chaque année deux ou trois pellagreux.

Cette maladie découverte dans les Asturies, en 1730, par Casal, qui l'appela *mal de la Rosa*, reçut en 1771 de Frappoli, qui la trouva en Lombardie, le nom de *pelis agra*, qui lui est resté.

On sait que deux écoles sont en présence pour la détermination de l'origine de la pellagre.

Les uns, dont le représentant le plus autorisé en France est notre éminent confrère, le Dr Th. Roussel, sénateur, pensent que l'alimentation par un maïs altéré par un champignon, appelé le verdet, produit chez les paysans des Asturies, des Landes françaises, des provinces septentrionales de l'Italie, cette trilogie, affection gastrique, affection cutanée, manifestations cérébrales, qui constitue la pellagre. Ils n'ont rencontré celle-ci que là où existe l'usage du maïs. M. Costallat, de Bagnères-de-Bigorre, appelé en Espagne pour étudier cette maladie dans des provinces où on mangeait à peine du maïs, a constaté que la maladie n'était pas la pellagre, mais l'acrodynie (M. Olavide, dermatologiste distingué de Madrid, le nie).

II

D'autres médecins croient que le maïs est étranger à cette affection.

MM. Landouzy, en France, Olavide, en Espagne, croient qu'il s'agit là d'une maladie de misère; en vain leur oppose-t-on le fait de l'Italien Balardini qui nourrit des poulets avec du maïs avarié et les tue, M. Olavide répond que ces poulets meurent non de ce poison, mais de faim, par suite du peu de principes contenus dans le maïs gâté qu'on leur donne.

turnine et qui ont pour résultat la rétention dans le sang des produits de désassimilation.

M. Ollivier, en développant l'intoxication saturnine sur des animaux, trouva constamment chez eux des lésions rénales et constata la présence du plomb dans les reins et dans l'urine.

Le plomb a donc une action spéciale sur le rein, mais cette action peut se témoigner de deux manières différentes.

Si le plomb, en s'éliminant par le rein, s'y dépose en tout ou en partie, en vertu d'une action mécanique, il l'irrite et finit par altérer profondément le tissu rénal. L'albuminurie, d'abord transitoire, devient donc durable.

Si l'on n'a pas constaté d'albuminurie chez tous les saturnins, c'est, ou bien parce que l'albuminurie passagère peut être de courte durée et a pu passer inaperçue, ou bien parce que l'élimination du plomb peut se faire par d'autres voies que les voies d'excrétion ordinaires et que l'on trouve des résistances individuelles, de nature inconnue, qui font qu'il agit inégalement, beaucoup plus chez certains sujets et peu chez d'autres.

Quoi qu'il en soit, l'albuminurie est fréquente chez les saturnins et marque souvent le point de départ d'une néphrite d'origine vasculaire, qui rend lentement les reins imperméables et crée des dangers de rétention.

Cette néphrite saturnine est toujours bien marquée chez les sujets qui présentent, en même temps que les accidents dus au plomb, des manifestations goutteuses. Comme, d'autre part, la goutte amène à elle seule des lésions presque identiques, on comprend que la coëxcitence des deux états, saturnisme et goutte, sur le même sujet favorise leur développement. Aussi, les altérations du rein paraissent-elles jouer un grand rôle dans la pathogénie des manifestations goutteuses au cours du saturnisme.

La plus souvent la goutte saturnine survient sur un individu plus ou moins intoxiqué par le plomb et déjà, au préalable, entaché d'arthritisme; c'est là le point principal à considérer. Nous ne pensons pas qu'un sujet puisse devenir goutteux du seul fait du plomb; il doit, pour cela, avoir déjà en germe des prédispositions aux manifestations goutteuses.

L'arthritisme agit comme cause prédisposante, le plomb comme cause occasionnelle très puissante.

Il nous semble que le plomb agit ici, comme l'alcool et la bonne chère agissent sur d'autres personnes et dans une autre classe de la société. Le rein, nous ne saurions trop le répéter, se fatigue rapidement quand il est soumis simultanément à l'action de poisons de diverse nature; il laisse bien passer l'alcool ou le plomb isolément, mais il se montre plus difficile quand ces deux corps se présentent en même temps; c'est ce qui explique la production de l'accès de coliques de plomb à la suite d'excès chez les saturnins latents.

Pareille chose existe pour les autres toxiques, et nous considérons comme d'un pronostic fort grave tous les cas de double intoxication; surtout quand les deux poisons ingérés ont une tendance à produire des effets analogues.

L'action double du plomb et de la goutte se fait également sentir sur les vaisseaux et sur le cœur.

Si, au cours d'une attaque de goutte ordinaire, le développement d'une endocardite ou d'une péricardite paraît au moins douteux, il n'en est plus ainsi dans le cours d'une attaque de goutte saturnine. Ce serait, d'après Verdugo, le trait différentiel le plus marqué entre la goutte saturnine et la goutte commune.

Dans l'observation de Verdugo, on a constaté l'existence d'une endocardite mitrale. Dans le cas de Begbie, on a pu suivre le développement de la péricardite dans le cours même de l'attaque de goutte. Si d'autres faits du même genre étaient signalés, il y aurait, dans la production de ces complications cardiaques au cours d'une crise aiguë de goutte saturnine, un caractère différentiel avec la goutte franche, où les complications du côté du péricarde et de l'endocarde font ordinairement défaut.

Kusmaul a démontré que l'action du plomb sur le myocarde détermine une rigidité des fibres cardiaques allant

---

J'ai eu l'occasion d'étudier d'assez près la pellagre à Biscarosse (Landes), il y a une vingtaine d'années, dans une visite que je fis au Dr Gazailhan. L'examen des malades chez lesquels me conduisit mon excellent confrère, les considérations qu'il voulut bien développer devant moi, me donnèrent la presque certitude que le maïs n'entrait que pour une faible part dans l'étiologie de la pellagre.

Cette maladie, qui sévissait avec une grande rigueur, et sur une grande étendue, à l'époque où les Landes étaient encore, ou à peu près, ce désert inculte que signifie leur nom, avait disparu tout à coup lorsqu'en 1861, la guerre de sécession d'Amérique, tarissant la source de production de la résine du nouveau monde, poussa à cette production dans les Landes et enrichit, par suite, ce pays.

La pellagre disparut avec la misère, et depuis on la rencontre très rarement. Or, on mange encore beaucoup de maïs, et, du reste, le cryptogame, qui atteint cette céréale, n'est pas tellement fréquent qu'il faille attribuer à ce verdet tous les cas de pellagre qu'on rencontrait jadis.

Telle est aussi l'opinion de M. Olavide, actuellement médecin à l'hôpital général de Madrid et qui, dans une leçon faite à cet hôpital, et à laquelle assistait un député provincial, recommandait aux administrations de soigner la nourriture des malades reçus dans les hôpitaux d'Espagne, afin d'éviter toutes les maladies résultant d'une alimentation insuffisante.

On a encore l'occasion d'observer quelques cas de pellagre en Asturie (mal de la rosa), en Galicie, à Zamora, au centre des deux Castilles (mal del monte), à Cuenca (flema salada), en Aragon (mal de higado, mal du foie).

Cette année, une discussion s'est élevée à l'Athénée de Madrid, cette société si démocratique où tous les travailleurs se réunissent en des sections diverses pour discuter les questions du jour. Les deux théories dont j'ai parlé tout à l'heure ont été défendues par leurs partisans respectifs, et il est ressorti de cette discussion que le verdet a une bactérie, récemment découverte par les Allemands, qu'on retrouve dans les haricots et les pommes de terre, et que l'alimentation insuffisante est une des causes de la pellagre, mais non la seule; autrement, a dit l'un des orateurs, le Dr Tous, Madrid serait un grand hôpital de pellagreux.

(A suivre.) Dr C. Delvaille.

jusqu'à la contracture. Sur 24 autopsies de saturnins, Lendet a trouvé le cœur malade 17 fois.

Les valvules peuvent subir des altérations dues à l'athérome. La lésion porte alors sur les valvules aortiques.

On perçoit fréquemment un souffle systolique à la base du cœur. Ce bruit de souffle peut être simplement l'indice d'une anémie aiguë, que la numération des globules fait aisément reconnaître ; ou bien il est l'expression d'une sorte de rétrécissement, que l'état de spasme, dont nous avons parlé et auquel participe tout le système artériel ne rend point invraisemblable.

Le sang présente une légère augmentation de la fibrine et une diminution notable dans la proportion des globules rouges. Ceux-ci sont altérés, plus volumineux qu'à l'état normal et éprouvent une certaine difficulté à traverser le réseau capillaire. Ces signes, qui caractérisent le saturnisme, se retrouvent au cours de la goutte saturnine, mais moins accusés.

De plus, l'analyse chimique du sang des goutteux saturnins a montré qu'il y existe presque toujours un excès d'acide urique. L'acide phosphorique et l'urée s'y trouvent aussi en quantité dépassant de beaucoup la normale.

On peut également trouver de l'acide urique dans la sérosité obtenue au moyen d'un vésicatoire chez les goutteux saturnins.

Voyons maintenant les modifications produites dans la composition de l'urine par l'intoxication saturnine.

Garrod a démontré que, dans l'intoxication saturnine chronique, en dehors de toute complication diathésique, l'acide urique excrété reste au-dessous du taux normal.

Quelques auteurs ont, au contraire, trouvé un excès d'acide urique, ce qui s'explique par ce fait, que dans certaines conditions, le filtre rénal est impuissant à contenir le flot d'urates accumulés dans le sang, et il se produit un débordement dont les urines portent les traces.

Sous l'influence du plomb administré expérimentalement, Garrod trouve que l'excrétion d'acide urique diminue, pour se rétablir ensuite d'une manière intermittente, comme cela a lieu communément chez les goutteux.

D'après Garrod, au début de l'accès de goutte saturnine, l'urine est peu abondante, l'acide urique est diminué. Quand l'accès décroît, l'acide urique augmente et dépasse quelquefois la moyenne normale pour produire la décharge critique. Plus tard, l'acide urique décroît de nouveau, mais sans jamais atteindre le minimum observé avant l'accès ou au début.

M. Lecorché combat cette proposition. Pour lui, ce n'est pas au moment où l'accès décroît que l'acide urique augmente; c'est au moment où la crise est à son début ou à son apogée. La quantité d'acide urique baisse, au contraire, à mesure que les douleurs s'apaisent, de même qu'elle avait baissé au-dessous du taux normal quelques jours avant la crise.

M. Bouchard considère encore d'une autre façon la composition de l'urine dans l'intoxication saturnine. Il distingue dans l'intoxication trois périodes. Dans la première, le plomb agit faiblement sur l'organisme ; la deuxième période est la phase d'intoxication ; la troisième période, est celle de l'intoxication confirmée.

Dans la première période, l'urine diminue de quantité et augmente de densité. L'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique, les chlorures, sont diminués ; les matières colorantes sont augmentées.

Dans la deuxième période, on observe encore la diminution des principes extractifs, urée, acide urique, etc. ; les matières colorantes sont encore plus abondantes proportionnellement.

Dans la troisième période, tout diminue, l'urine, la densité, les principes extractifs.

Par conséquent, pour M. Bouchard, l'intoxication saturnine, à quelque période que ce soit, amène une diminution constante de l'acide urique.

Cette divergence dans les appréciations nous semble tenir à ce que le phénomène en lui même est réellement très inconstant.

Le plus sage serait donc de ne pas adopter de théorie exclusive et de dire que, dans une première période, dont la durée est indéterminée et qui peut soit précéder l'accès, soit s'étendre pendant ses débuts, l'urée et l'acide urique sont diminués. Dans la seconde période, l'acide urique accumulé finit par déborder le rein et se trouve en quantité plus ou moins abondante dans les urines. Dans une troisième période, qui commence après cette décharge critique et qui est variable elle-même, quant à l'époque à laquelle elle apparaît, la proportion d'acide urique décroît de nouveau, mais sans atteindre le minimum observé avant l'accès ou au début de l'accès.

(A suivre.)

NEUROPATHOLOGIE

DE L'ASYMÉTRIE FACIALE FONCTIONNELLE (1)

Par M. J. ONANOFF.

L'asymétrie faciale porte, soit sur les os, soit sur les muscles de la face. Je ne m'occuperai ici que de cette dernière variété. Il n'est pas rare de voir des personnes atteintes d'asymétrie fonctionnelle des muscles de la face : son signe fondamental est la possibilité de fermer un œil séparément et l'impossibilité de fermer l'autre dans les mêmes conditions. Tel ferme l'œil droit seul, tel autre ferme l'œil gauche séparément sans pouvoir faire de même de l'œil du côté opposé.

Les autres signes sont moins frappants, mais non moins constants. Les mouvements unilatéraux des muscles de la face du côté de l'œil qui ne peut pas être fermé seul sont moins étendus et moins précis.

Les rides sont moins accusées que celles du côté opposé, au point de donner l'aspect de la paralysie faciale dans les

(1) Travail communiqué à la Société de Biologie.

cas extrêmes. Il m'a été donné d'observer, dans le service de mon maître, M. le professeur Charcot, plusieurs cas de spasme glosso-labial; dans tous ces cas, le spasme siégeait du côté opposé de l'œil qui ne pouvait pas être fermé seul ou, s'il le pouvait, ce n'est qu'avec difficulté et grand effort de la part du sujet.

Dans les cas de paralysie faciale hystérique, ou du moins dans les cas où tout autre diagnostic a dû être écarté, nous avons vu la paralysie siéger du côté des mouvements unilatéraux très limités ou du côté de l'œil qui ne pouvait pas être fermé seul, ni avant l'apparition, ni après la disparition de la paralysie faciale. Ces rapports entre le spasme glosso-labial et la paralysie faciale hystérique, d'une part, et l'asymétrie faciale fonctionnelle, de l'autre, sont considérés par nous comme des rapports plus ou moins constants. Nous supposons que le spasme glosso-labial se greffe sur le côté de la face dont l'état spasmodique des muscles ou, plus exactement, dont l'aptitude aux mouvements volontaires et émotionnels est exagéré. Par contre, la paralysie faciale considérée hystérique choisit ordinairement le côté de la face déjà atteint d'une faiblesse fonctionnelle.

Il y a lieu de se demander quelle est la cause de cette asymétrie des fonctions des muscles de la face. Au premier abord, les éléments de la solution paraissent manquer complètement, mais si on se donne la peine d'étudier les sujets qui en sont atteints, comme on le fait pour un diagnostic difficile d'une maladie nerveuse, on s'aperçoit facilement, après une analyse des résultats obtenus, qu'il existe un rapport constant entre l'asymétrie faciale fonctionnelle et l'état de la vue.

Dans tous les cas d'une asymétrie faciale fonctionnelle, on constate la diminution de la vue d'un des yeux, soit par la diminution de l'acuité visuelle proprement dite, soit par l'état des milieux réfringents de l'œil. L'astigmatisme est une des causes fréquentes de la diminution de la vue. Outre la coïncidence constante de l'asymétrie faciale fonctionnelle avec la diminution de la vue d'un des yeux, les rapports du côté de l'œil affecté avec l'état fonctionnel des muscles sont aussi constants. Ainsi, l'œil affecté se trouve ordinairement du côté de la face dont les muscles sont doués des mouvements unilatéraux plus amples que ceux du côté opposé. C'est aussi l'œil affecté qui peut être fermé seul, tandis que l'œil normal ne peut pas être fermé séparément sans difficulté. L'asymétrie faciale succède-t-elle à la diminution de la vue ou la précède-t-elle?

Les cas de cataractes monoculaires datant de plusieurs années chez les jeunes personnes, permettent de répondre d'une façon satisfaisante. La diminution de l'activité des mouvements unilatéraux correspond au côté opposé de l'œil affecté. Il n'est pas permis, croyons-nous, de supposer que l'affection succède à l'asymétrie faciale fonctionnelle.

Ainsi, nous sommes forcés d'admettre que cette asymétrie succède à la diminution de la vue d'un des yeux. Comment se fait-il que l'œil normal corresponde au côté de la face dont les mouvements musculaires unilatéraux sont défectueux et que l'œil affecté se trouve du côté où ils sont plus amples et plus précis.

L'explication suivante nous paraît la mieux fondée. C'est l'œil normal qui est presque exclusivement employé dans toutes les circonstances, lui seul répond aux besoins de la vision distincte; la poussière, le vent et l'excès de la lumière obligent à diminuer la fente palpébrale; l'œil normal doit rester ouvert pour avertir le sujet du danger, tandis que l'œil affecté ne sert que très imparfaitement dans toutes ces circonstances; il ne voit pas les particules de poussière qui le menacent, et, pour le soustraire au danger, le sujet le ferme au moindre avertissement donné par l'œil normal; ainsi, pendant de longues années, on s'habitue à fermer séparément l'œil affecté. Dans ces conditions, la synergie de l'action des muscles de la face amène forcément leur exercice unilatéral d'un seul côté.

Autre particularité que j'ai observée et qui ne manquera pas d'intérêt si elle est reconnue comme une des conséquences de l'inégalité de la vue : les jeunes gens qui ont toutes leurs dents broient les aliments de préférence du côté de l'œil affecté d'astigmatisme. On sait que les dents se gâtent ordinairement du côté opposé à celui où se fait la mastication habituelle; j'ai constaté maintes fois que la première dent gâtée se trouvait du même côté que l'œil normal.

En finissant, je dois dire que je n'ai jamais vu une personne atteinte d'asymétrie faciale fonctionnelle bien accusée (c'est-à-dire ne pouvant fermer un des yeux séparément), qui ait la vue égale des deux yeux; par contre, on rencontre des personnes qui ferment les deux yeux séparément presque avec la même facilité ayant en même temps la vue inégale; dans des cas pareils, j'ai pu me convaincre que la mobilité indépendante des muscles de la face était héréditaire ou due à un exercice spécial.

Je dois ajouter encore, à propos de la paralysie faciale hystérique, que les considérations fondées sur l'effacement des rides ne peuvent avoir de la valeur que si le sujet qui en est atteint, a la vision distincte de même puissance des deux côtés, ou si la paralysie siège du côté opposé de l'œil normal.

Je me permets de citer un exemple d'application à la clinique des considérations rapportées plus haut. A un tabétique, ou supposé comme tel, qui accuse la diminution de l'acuité visuelle d'un des yeux, faites fermer chacun des yeux séparément; s'il exécute ces deux mouvements avec facilité, il y a une grande probabilité pour que l'affection oculaire soit de date récente, et, par conséquent, elle peut être rattachée à la maladie principale. Il en est de même si la diminution de la vue siège du côté de l'œil qui ne peut pas être fermé seul, mais si elle se trouve du côté de l'œil qui peut être fermé séparément, il y a une chance sur dix pour que l'affection de la vue n'appartienne pas au tabès, et l'examen ophtalmoscopique seul pourra, dans ce cas, trancher la question.

Cette petite étude pourrait servir d'exemple d'enchaînement entre des phénomènes à première vue indépendants et

disparates, mais, en réalité, unis entre eux par un lien de causalité.

REVUE CRITIQUE

A PROPOS DE LA NATURE DU CANCER

Il y a quelques mois, dans ce même journal, nous avons exposé l'état de la science touchant la question si importante et si controversée de la nature du cancer. Nous avons dû reconnaître, en particulier, que les efforts tentés en vue d'édifier une théorie parasitaire n'avaient eu jusqu'à présent que peu de succès. Cette dernière conclusion, à peu près négative, était la seule que l'on fût en droit de formuler à ce moment. Elle paraît encore applicable aujourd'hui, à en juger par les considérations présentées dans un article publié par les *Archives Générales de Médecine*, sous la signature de M. M. Cazin. On connaît la compétence de M. Cazin sur ce sujet, qui a déjà inspiré à nombre d'expérimentateurs des travaux très importants et vis-à-vis duquel son opinion est pourvue d'une autorité incontestable. Or les conclusions par lesquelles cette étude se termine sont, comme les nôtres, nettement dubitatives, et impliquent par là-même la nécessité de recherches ultérieures et approfondies qui peuvent seules résoudre les différentes inconnues du problème.

Dans ces derniers temps, on avait fondé beaucoup d'espoir sur la théorie psorospermique. D'après des travaux déjà anciens, on avait pu croire que l'on trouverait de ce côté les éléments d'une étiologie parasitaire rationnelle. En effet, des observateurs d'une compétence incontestable ont signalé la présence de parasites du groupe des psorospermies dans différents organes, où leur intervention a paru coïncider avec certaines altérations dont quelques-unes se rapprochent plus ou moins du cancer. On les a rencontrés notamment dans cette singulière affection du mamelon, assez voisine du carcinôme, qui a été décrite sous le nom de *maladie de Paget*. Déjà Neisser avait fait voir leur fréquence dans le *molluscum contagiosum*. Mais, ici encore, l'argument que l'on voudrait tirer de la constatation du fait perd de sa valeur par suite des écarts d'interprétation auxquels cette constatation a donné lieu. Toujours est-il que M. Darier considère les coccidies de la maladie de Paget comme représentant simplement les divers stades de la dégénérescence des cellules épithéliales, ce qui enlève naturellement tout caractère spécifique à ces éléments. M. M. Cazin lui-même, à qui nous empruntons ces détails, a été amené aussi à contester formellement la nature parasitaire des pseudococcidies du cancer, à la suite de recherches faites en commun avec son maître, le professeur Duplay. Pareillement le Dr Sheridan Delepine, au dernier Congrès de Londres, a cru devoir nier résolument la valeur attribuée, avant lui, aux corps pseudo-psorospermiques signalés dans les tumeurs épithéliales. Nous pourrions multiplier ces exemples, mais ceux que nous venons de citer suffisent à établir la fragilité de la théorie psoro-spermique dans laquelle, pas plus que dans la théorie microbienne, on ne saurait voir actuellement la solution du problème en cause.

D'une manière générale, on peut rapporter à 3 groupes principaux les hypothèses émises jusqu'à ce jour en vue d'expliquer le rôle supposé des éléments parasitaires dans la genèse des dégénérescences dites cancéreuses. Celles du premier groupe se rattachent naturellement à la théorie microbienne, que l'on ne peut s'étonner de voir intervenir ici, étant donnée l'importance croissante qu'elle acquiert en pathologie générale. Dans l'ordre d'idées qui s'y rattache, on a découvert des faits d'un incontestable intérêt, mais dont l'interprétation est malheureusement très sujette à caution. C'est ainsi que Scheuerlen, Schill, Domingo Freire, Koubassoff, Franck disent avoir isolé et cultivé des éléments bactériens spéciaux, pourvus de caractères nettement reconnaissables et dans lesquels chacun de ces observateurs croit avoir trouvé l'élément spécifique du cancer. M. Domingos Freire serait même parvenu à conférer l'immunité vis-à-vis du virus cancéreux à des animaux, par le moyen d'inoculations préventives au moyen d'un virus préalablement atténué par des passages successifs dans d'autres organismes animaux. Mais ces affirmations se trouvent implicitement réfutées par les résultats négatifs des recherches de quelques autres expérimentateurs, au nombre desquels se placent MM. Pfeiffer, Baumgarten, Schütz et MM. Shattock et Ballance dont nous avons déjà précédemment fait connaître l'opinion, lors du dernier Congrès de Londres. Ces expérimentateurs ont bien constaté aussi parfois la présence de certains microbes dans des produits cancéreux, mais ces microbes étaient dépourvus de caractères spéciaux, ils paraissaient indifférents, et leur présence pouvait être considérée comme simplement accidentelle. De ces remarques, on peut conclure à la nécessité de nouvelles recherches bactériologiques et conséquemment au rejet tout au moins provisoire de la théorie microbienne, dans laquelle un esprit rigoureux ne saurait actuellement trouver satisfaction.

Faut-il accorder plus d'importance, en vue de cette solution, aux recherches expérimentales poursuivies de divers côtés à l'effet d'établir la transmissibilité du cancer? Parmi les expériences instituées dans ce sens, il en est de légitimes, mais dont les résultats ont le tort de ne pas être rigoureusement applicables à la pathologie humaine: ce sont celles qui ont pour objet l'étude de la transmission de l'homme aux animaux, et des animaux à des espèces plus ou moins similaires. Les expériences instituées d'homme à homme sont, de leur nature, plus délicates, et plus d'une fois elles ont soulevé la conscience publique, si facile à égarer et qui ne s'est peut-être pas rendu exactement compte de la grandeur du problème à résoudre. En regard des expériences du premier groupe, on ne peut mettre aucun résultat véritablement positif et partant indiscutable: les formations néoplasiques secondaires constatées à la suite des greffes cancéreuses au niveau des points inoculés ne semblent avoir revêtu dans aucun cas de réels caractères d'identité avec la tumeur primitive. En particulier, la géné-

ralisation, cet attribut en quelque sorte spécifique du cancer, a fait défaut dans presque toutes les expériences. Tout au plus, doit-on faire exception, pour certaines inoculations dans lesquelles on aurait observé la reproduction de la tumeur primitive, avec formation de noyaux secondaires dans des organes plus ou moins éloignés du point inoculé. On pourrait à la rigueur voir dans les dernières expériences une apparence et un commencement de démonstration. Quant aux expériences instituées d'homme à homme, elles sont peu nombreuses encore, mais quelques-unes ont fourni des résultats remarquables, par exemple, la reproduction d'éléments semblables à ceux de la tumeur primitive, fait qui milite visiblement en faveur de l'inoculabilité du cancer. On pourrait y voir aussi un argument favorable à la théorie parasitaire bien que, dans la réalité, il s'agisse plutôt d'une simple présomption que d'une preuve dans l'acception vraie de mot. M. Cazin proteste du reste contre une interprétation dans ce sens et il fait remarquer avec raison que rien n'autorise à mettre ici la transmission du cancer sur le compte d'éléments microbiens, puisque cette transmission peut tout aussi bien être attribuée à la prolifération et à la multiplication sur place des cellules cancéreuses elles-mêmes. En définitive l'expérimentation, pas plus que les théories microbiennes, n'a donné encore la preuve définitive et sans réplique de la nature parasitaire du cancer. La solution de ce grave problème est donc ajournée, mais on est autorisé à croire qu'elle n'est plus qu'une question de temps, peut-être même une simple question de perfectionnement dans les méthodes techniques employées jusqu'à ce jour.

P. Muselier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

GRIPPE

I. — La grippe a Paris et dans les hopitaux en 1889-1890, par Mad. Miropolsky (Th. Paris).

II. — Considérations sur les suppurations grippales des cellules mastoïdiennes, par H. Ménard (Th. Paris).

III. — Contribution a l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications, par A. Brionne (Th. Paris).

IV. — Contribution a l'étude des manifestations septicémiques et pyohémiques dans la grippe, par S. Lehmann (Th. Paris.

V. — Considérations sur les complications auriculaires de la grippe, par D. Albespy (Th. Paris).

VI. — Contribution a l'étude de la grippe et son mode de transmission, par Potel (Th. Paris).

VII. — La dernière épidémie de grippe a l'hopital maritime de Brest, par J. Vergues (Th. Paris).

VIII. — Manifestations pleurales de la grippe, par Badoun (Th. Paris).

IX. Contribution a l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890; ses rapports avec l'aliénation mentale, par A. Leledy (Th. Paris).

Les mémoires sur la grippe encombrent la bibliographie comme ces voitures de roulage qui se suivent à la file le long des grandes routes. Le passage en est interminable, de ces véhicules pesants avançant avec des grincements identiques dans une ornière, toujours la même.

Le coté neuf d'une question est celui auquel personne n'a garde de toucher. Cette abstention a reçu un nom : on appelle cela de la discipline scientifique.

Certes qu'ils ont droit, et à égal titre, de revendiquer cette qualité souveraine, les auteurs dont nous allons analyser les mémoires. Aucun n'a tenté un pas vers l'inconnu. L'étiologie de la grippe de 1889, le rapport de cette maladie avec la grippe endémique, ces problèmes les ont laissés froids.

« Cherchons donc les microbes, étudions-les, dit Mme Miropolsky (I) ; mais elle a soin de laisser cette tâche à d'autres. M. Potel (VI) émet une idée raisonnable : « il est absolument légitime d'appliquer à la prophylaxie de l'influenza les mesures prises à l'égard du choléra : quarantaine, isolement, désinfection rigoureuse. » M. Vergues (VII) insiste sur la fréquence de l'angine dans la grippe de 1889.

Cette constatation est banale : elle ne laisse pas que d'être intéressante. L'angine est en effet assez rare dans la grippe endémique qui s'attaque presque exclusivement aux enfants ; les adultes, au contraire, plus réfractaires à la grippe endémique, font de l'angine assez fréquente en temps d'épidémie. Il est à se demander si cette inflammation locale ne garantit pas à l'occasion contre la grippe, infection générale, et si les organismes producteurs d'angine ne sont pas les auteurs de l'infection grippale. Nous n'envisageons en l'espèce que la grippe endémique ; la grippe européenne, ou influenza, étant une maladie d'adultes, due peut être à un germe pathogène différent, et dépassant fréquemment, pour infecter l'organisme, la barrière que lui oppose l'angine primitive.

M. Brionne (III) parle de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. Le travail de Bidon paru dans la Revue de médecine, en 1890, nous a donné sur ce sujet des renseignements multiples. Signalons néanmoins, dans les paralysies post-grippales décrites par M. Brionne, les paralysies des muscles oculaires et surtout des droits externes plus fréquentes que celles qui sont sous la dépendance du nerf moteur oculaire commun. La paralysie du grand oblique qu'innerve le pathétique n'a pas été signalée.

M. Leledy (IX) revient sur un sujet dont nous avons déjà entretenu les lecteurs de la *Gazette médicale* (1) : les rapports de la grippe avec l'aliénation mentale. Son mémoire consciencieux, un peu touffu, renferme un chapitre intéressant de médecine légale. La tendance au suicide après l'influenza a été signalée depuis longtemps ; plus rares sont les homicides ; ils s'accompagnent de perte de souvenir suivant l'acte criminel : M. Leledy conclut à l'irresponsabilité de leur auteur.

Outre les pleurésies sèches, séro-fibrineuses ou purulentes qui compliquent la grippe, M. Badoun (VIII) décrit des épanchements pleuraux survenant au déclin de la maladie d'une façon soudaine, sans dyspnée et sans fièvre, et disparaissent brusquement après un ou deux jours d'évolution. D'après l'auteur, il s'agit, dans ces cas, d'une détermination critique sur la plèvre, d'une sorte de crise qui se juge par un épanchement assez abondant et indique la guérison. En l'absence d'une ponction exploratrice, révélant la présence du liquide dans la plèvre, il nous semble plus sage de rester dans le doute, certaines congestions pulmonaires, la splénopneu-

(1) 31 janvier 1891.

monie de Grancher, se traduisant par les signes d'un épanchement pleural. Or, M. Badoun n'établit pas le diagnostic différentiel avec ces dernières maladies.

Les infections secondaires dans la grippe sont connues. M. Lehmann (IV) énumère les microorganismes qui les provoquent et, après avoir passé en revue les manifestations locales, il décrit: 1° la forme septicémique pure, sans suppuration; 2° la forme pyohémique suraiguë; 3° la forme pyohémique aiguë ou subaiguë.

La forme septicémique aiguë assez rare, évolue vers une terminaison fatale dans l'intervalle de quelques jours. Le malade présente des accidents généraux intenses, de l'adynamie, un état presque comateux, une rate énorme, une fièvre vive. Dans une autopsie de Burlureaux, le sang, la rate et les autres organes pullulaient de streptocoques. Dans les formes pyohémiques, le pus envahit la plèvre, le péricarde, le péritoine, les grandes articulations, les muscles. Le malade succombe très rapidement (forme suraiguë) ou au contraire résiste de douze à trente-cinq jours (forme aiguë), et même plus longtemps (forme subaiguë, deux mois et demi dans une observation).

Les complications auriculaires de la grippe ont été décrites par M. D. Albespy (V). L'oreille est atteinte dans toutes ses parties; l'otite moyenne aiguë est surtout commune, néanmoins l'oreille externe n'échappe pas toujours à la localisation infectieuse de la grippe et l'auteur, après Lannois (de Lyon), a rapporté deux observations de surdité consécutives à des lésions labyrintiques.

M. H. Ménard (II) réserve son attention aux suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe. L'inflammation est circonscrite ou diffuse; elle survient sans lésion auriculaire ou bien succède à une otite moyenne purulente aiguë. L'ostéo-périostite du conduit auditif externe peut également lui donner naissance.

La marche de l'affection est aiguë ou chronique; dans ce dernier, elle est chronique d'emblée ou éternise une forme primitivement aiguë.

Le pronostic est grave; l'auteur conseille la trépanation, telle qu'elle est pratiquée par le professeur Duplay, à l'aide de la gouge, des ciseaux et du maillet. Fiessinger.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Suite (1).

TITRE II. — *Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.*

ARTICLE 2.

L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste. Le *diplôme* **de dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.**

Les dentistes qui ne sont pourvus que de ce diplôme spécial ne pourront pratiquer l'anesthésie générale qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

Le premier paragraphe de l'article 2 ne comporte, en somme, qu'une modification, d'ailleurs de pure forme. Le titre exigé du dentiste n'y est plus qualifié de *brevet*, mais de *diplôme*, comme le sont les titres des docteurs, officiers de santé et sages-femmes (V. les observations que nous avions déjà présentées, en ce sens, sous l'article 5 du projet voté par la chambre, dans notre premier commentaire.)

Le second paragraphe renferme une modification assez profonde, en interdisant à ceux qui n'ont que le diplôme de dentiste, de pratiquer l'anesthésie générale, sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé. Il résultait, au contraire, clairement des débats qui eurent lieu devant la Chambre, et particulièrement des déclarations de l'honorable M. Brouardel, commissaire du gouvernement, que les dentistes brevetés auraient le droit de pratiquer l'anesthésie soit locale soit générale et que seuls les dentistes non brevetés, transitoirement maintenus, en seraient privés. Il faut induire des termes absolus de l'article 34 du projet actuel, relatif aux dentistes non diplômés transitoirement maintenus, qu'il leur est toujours interdit de pratiquer l'anesthésie soit locale, soit générale, même avec l'assistance d'un docteur ou officier de santé. Quant aux dentistes pourvus du diplôme spécial, l'article 2 semble bien leur permettre de pratiquer seuls l'anesthésie locale considérée comme moins dangereuse que l'anesthésie générale.

L'établissement d'enseignement supérieur médical de l'État, qui délivrera le diplôme spécial de dentiste, pourra être une Faculté, une École de plein exercice, une École préparatoire réorganisée, ou une École préparatoire non réorganisée.

On voit que l'article 2 parle des officiers de santé auxquels il n'a cependant pas encore été fait allusion et dont il n'est question que dans les articles 31 et 33 ci-après, pour les maintenir transitoirement seulement. A cet égard, le projet voté par la Chambre ne soulevait pas le même étonnement, puisqu'il maintenait transitoirement les officiers de santé, par ses articles 2 et 4 qui précédaient.

TITRE III. — *Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.*

ARTICLE 3.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une École de plein exercice, ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Les sages-femmes boursières d'un département seront tenues de résider dans le département où elles ont pris l'engagement de se fixer.

Un arrêté pris suivant une délibération du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicables aux élèves sages-femmes.

Le droit accordé aux sages-femmes de 2e classe, par le dernier paragraphe de l'article 8 du projet voté par la Chambre, d'exercer, comme celles de 1re classe, sur tout le territoire de la République, ne leur est pas conservé par la commission du Sénat. C'est ce que nous avions proposé dans notre premier commentaire, comme étant le moyen le plus pratique de les maintenir dans les campagnes où elles rendent de grands services. Les sages-femmes de 2e classe devront donc, comme sous la loi de Ventôse, rester confinées dans le département pour lequel elles ont été reçues.

Le second paragraphe de l'article 3 stipule de plus que les sages-femmes boursières d'un département devront résider

(1) Voir le numéro 1.

dans le département où elles auront pris l'engagement de se fixer. Cette disposition nouvelle paraît susceptible de s'appliquer même aux sages-femmes de 1re classe qui obtiendraient une bourse, en échange de l'engagement de se fixer dans un département déterminé.

Il eût été bien suffisant de dire que les sages-femmes seront reçues par un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État, ainsi qu'on l'a fait en l'article précédent, sans énumérer complaisamment et inutilement tous ces établissements.

Dans notre commentaire de l'article 8 du projet de la Chambre, nous faisions remarquer que les conditions d'enseignement des sages-femmes n'étant régies que par les articles 30, 31 et 32 de la loi de Ventôse légèrement modifiés par décret du 22 août 1854, rendu en exécution de cette loi, leur enseignement obstétrical n'allait plus se trouver légalement réglementé, la loi nouvelle abrogeant intégralement celle de Ventôse. Il y a là encore, disions-nous, une lacune à combler, en prescrivant, sur ce point, un règlement à délibérer en Conseil supérieur de l'Instruction publique. Le dernier paragraphe de l'article 3 nous donne satisfaction.

ARTICLE 4.

Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

Comme nous l'avons déjà dit, dans le commentaire de l'article 9, (du projet de la Chambre), auquel nous renvoyons en principe, la loi nouvelle paraît restreindre assez sérieusement les droits des sages-femmes. Il semble bien résulter des termes de notre article 4 que, toutes les fois qu'il s'agira d'employer les instruments, d'accouchements laborieux, elles devront appeler un docteur et non un simple officier de santé. Il en sera de même lorsqu'il s'agira de formuler et signer une ordonnance, excepté pour le seigle ergoté (décret du 23 juin 1873) et autres médicaments analogues à désigner par décret. Il y a lieu de supposer, enfin, que l'article 4 se servant des expressions : « appeler un docteur » au lieu de celles de l'article 2 : « assistance d'un docteur » le législateur entend qu'ici le docteur agisse lui-même, à la place de la sage-femmme, et ne se borne pas à une simple assistance, à un simple rôle d'aide, de surveillant.

Dans le dernier paragraphe, le mot *antivariolique*, vient assez heureusement remplacer le mot *variolique*.

(*A suivre.*) A. Léchopié.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

— Académie des Sciences : Election du vice-président. *— Académie de Médecine* : Les promesses ministérielles. *— Société de Chirurgie* : Traitement des abcès du foie.

— L'enseignement clinique des hôpitaux ; subvention du Conseil municipal.

— La conférence sanitaire internationale de Venise.

L'Académie des Sciences, comme le lendemain l'Académie de médecine, a levé la dernière séance en signe de deuil, pour honorer la mémoire de M. le professeur Richet. Elle a procédé auparavant à l'élection du vice-président pour l'année 1892. Les suffrages se sont portés à l'unanimité sur M. de Lacaze-Duthiers, le savant professeur du Museum.

— L'Académie de médecine a applaudi à la lecture du discours que M. Le Dentu avait prononcé la veille sur la tombe de M. Richet. Ancien élève du regretté professeur, M. Le Dentu a payé à sa mémoire, en termes émus et éloquents, un tribut personnel de reconnaissance en même temps qu'il lui rendait le suprême hommage au nom de la savante compagnie.

M. Tarnier, avant de descendre du fauteuil de la présidence et d'installer les membres du nouveau bureau, a, suivant les errements accoutumés, tracé le tableau des travaux et du mouvement de l'Académie pendant l'année 1891. Il a longuement insisté, à la fin de son allocution, sur les espérances, plus grandes que jamais, qu'il est permis de concevoir relativement à une installation convenable de l'Académie. Il ne s'agit plus de l'ancien cliché auquel les présidents sortants nous avaient habitués en rendant compte de leur visite officielle du jour de l'an au ministère de l'Instruction publique. Cette fois il n'y a pas seulement que des promesses : il y a comme un commencement d'action. M. le ministre de l'Instruction publique est venu en personne visiter les locaux de l'Académie ; il a été surpris et véritablement stupéfié de l'exiguïté, de l'insuffisance, des conditions déplorables de l'installation actuelle, et il a reconnu la nécessité d'y porter le plus promptement possible remède. Il aurait déjà mis la question à l'étude dans les bureaux de son ministère, et l'on parle d'un immeuble, actuellement sans destination, qui pourrait être transformé et devenir le local, nous n'osons dire le palais de la savante compagnie.

— La discussion sur les dangers de la cocaïne a occupé encore la plus grande partie de la dernière séance de la Société de Chirurgie. Nous n'y reviendrons pas ; mais nous signalerons une communication de M. Monod sur le traitement des abcès du foie. Notre confrère est opposé au curettage de ces abcès, préconisé par M. Fontan. Il incise largement la poche purulente et assure l'écoulement du pus par des drains. Quand l'abcès est unique, la guérison s'obtient sans incident. Mais souvent il existe plusieurs collections, dont le siège et l'existence même sont loin d'être faciles à déterminer. Dans ces cas la fièvre et les autres accidents persistent après l'ouverture de l'abcès et la mort en est la terminaison fréquente.

— On sait combien le Conseil municipal s'est préoccupé de l'enseignement clinique des hôpitaux dont les réformes sont depuis quelques mois l'objet d'une saine agitation. Dans la séance de jeudi dernier, il a voté, en faveur de cet enseignement, un crédit de 50.000 fr. dont l'affectation et la répartition seront, sur un rapport spécial, déterminées ultérieurement. Certes il y a loin de cette subvention au projet, dont on avait parlé, de la création d'une Ecole municipale de médecine, surtout si l'on songe que le Conseil municipal subventionne aussi et généreusement diverses policliniques. Il semble, d'ailleurs, que le Conseil ait d'autres tendances, sinon d'autres projets, car, en votant le budget de l'Assistance publique, il a invité l'administration à présenter un programme des grands travaux à exécuter, parmi lesquels figurent en première ligne un hôpital de phthisiques, un externat de teigneux, un hôpital d'enfants scrofuleux, un hôpital-dispensaire d'enfants, etc.

En somme, l'enseignement clinique libre des hôpitaux a à se défendre contre la Faculté de médecine qui cherche à l'absorber et, s'il a l'appui moral, ne peut trop compter sur l'appui matériel du Conseil municipal; c'est donc principalement par son initiative et ses propres ressources qu'il doit s'organiser et se développer. Une double réforme viendra certainement, dans un avenir pas trop éloigné, aider à son développement : la *rétribution des cours par les élèves*, la *séparation du corps enseignant et du corps examinant*. La première de ces réformes gagne chaque jour du terrain. On l'a vu mettre à exécution dans un des laboratoires de la Faculté ; l'administration de l'Assistance publique, qui autrefois lui était hostile, est maintenant disposée à l'accepter; un professeur de la Faculté, dans un article publié par un journal politique, s'en déclare depuis longtemps partisan. Dans ce même article, M. Le Fort, c'est de lui qu'il s'agit, fait aussi sa profession de foi en faveur de la séparation du corps enseignant et du corps examinant. On ne saurait l'accuser de plaider *pro damo suâ*. Le désintéressement dont il fait preuve donne une autorité d'autant plus grande à son opinion. Nous défendons nous-même ces idées depuis bien longtemps; aussi nous est-il agréable de constater les progrès qu'elles ont faits.

— La conférence sanitaire internationale de Venise a tenu, mardi dernier, sa première réunion, remplie par des souhaits de bienvenue au nom du roi d'Italie, par l'échange des pouvoirs des délégués des quinze puissances, par la nomination du président. Les suffrages se sont portés sur le comte d'Arco, sous-secrétaire du ministre des Affaires étrangères d'Italie. La Conférence lui a adjoint trois délégués italiens et trois délégués étrangers.

La seconde réunion a eu lieu hier jeudi. La conférence a dû commencer la discussion du programme soumis à ses délibérations. programme qui renferme trois points : 1° la ratification du protocole signé à Londres le 29 juillet par l'ambassadeur d'Autriche, et établissant, pour les navires anglais, déclarés infectés ou suspects, le droit de poursuivre librement, à travers la mer Rouge et le canal de Suez, leur voyage vers l'Angleterre; 2° la réduction des membres du Conseil sanitaire d'Alexandrie; 3° l'établissement d'une taxe sur tous les navires traversant le canal de Suez, taxe qui permettrait au Conseil sanitaire d'avoir un budget autonome et de devenir ainsi financièrement indépendant du gouvernement égyptien.

De ces trois points, le premier est évidemment le plus important et c'est pour le résoudre que le gouvernement autrichien a pris l'initiative d'inviter les puissances à la Conférence actuelle. L'Europe est grandement intéressée à ce que cette solution repose avant tout sur les données de l'hygiène internationale, sur les droits et les devoirs qu'elle crée et impose à chaque pays.

D[r] F. DE RANSE.

NECROLOGIE

M. le professeur A. Richet.

Le nécrologe de l'année 1891, s'est augmenté d'un nom célèbre de la chirurgie contemporaine : M. le professeur A. Richet est mort le 30 décembre, à Casteyrane, près Toulon, après quelques jours de maladie.

M. Richet (Didier, Dominique-Alfred), est né à Dijon, le 16 mars 1816. Il a commencé ses études médicales à Paris, en 1835 et il a parcouru depuis l'externat ce que l'on appelle avec juste raison, dans la profession médicale, la plus brillante carrière, puisque tous les honneurs qui sont venus le trouver dans le cours de son existence, étaient le résultat de son travail.

En effet, il remporte le premier prix de l'externat en 1839, fait partie, placé le premier, de la promotion de l'internat de la même année; est nommé aide d'anatomie en 1841, prosecteur en 1843, docteur en médecine et chirurgien du bureau central en 1844, agrégé en 1847; placé le premier sur la liste, il est présenté deux fois par la Faculté, pour une chaire de professeur, dont il est nommé titulaire en 1865. Il est nommé membre de l'Académie de médecine en 1866, il la préside en 1879 et l'Institut lui ouvre ses portes en 1883.

Chirurgien sagace, très bon opérateur, chef de service ponctuel, doux et compatissant envers les malades, très aimé des élèves, sa bienveillance était toute naturelle et s'exerçait spontanément et simplement. J'ai raconté à l'un de ses élèves, maître aujourd'hui, que j'avais connu le professeur A. Richet qui passait la belle saison en ce temps-là, à Épernay-lés-Montmorency. Les habitants ayant su bientôt la présence d'un « grand médecin de Paris » eurent recours à lui, souvent pour des cas simples et il se dérangeait toujours. Puis, dans ses promenades au milieu des champs, il aimait à causer avec les cultivateurs et les journaliers et jusqu'à ces derniers jours, les gens d'Épinay et des environs, connaissaient bien le chemin de sa demeure. En contact pendant plusieurs années avec les habitants de la vallée, je lui ai souvent adressé des pauvres malades « qui ne voulaient que M. Richet », et il me disait : « J'aime ces braves gens, ne craignez pas de me les envoyer. »

Les travaux du professeur A. Richet, si leur nombre n'est pas considérable, sont empreints la plupart d'une grande originalité et constituaient, pour leur époque, une découverte anatomique physiologique, ou opératoire.

Nous citerons entre autres : 1839. *Note sur la luxation de l'avant-bras en avant*, avec fracture de l'olécrane (premier cas connu). — 1840. *Note sur un cas d'anévrysme faux consécutif de l'artère fémorale* (fait nouveau). — 1850. *Des opérations applicables aux ankyloses* (Deux nouveaux procédés opératoires). — 1851. Luxations traumatiques du rachis. — 1852. *Mémoire sur les tumeurs blanches* (Travail considérable. demeuré classique, qui contient des recherches absolument nouvelles, sur le mode de nutrition des cartilages articulaires) ; ce mémoire a été couronné par l'Académie de médecine). — 1853. *De la possibilité de réduire les luxations* de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur compliquées de fractures de ces os. — 1864. *Des anévrysmes spontanés et traumatiques* et de leur traitement. — 1877. *Des fractures par arrachement* ou indirectes de l'extrémité supérieure du tibia, (Il signale un détail négligé jusqu'alors). — Il faudrait encore rappeler son mémoire *Sur l'emploi du froid et de la chaleur en chirurgie* (complet et nouveau en 1847), un autre mémoire sur un *Nouveau procédé de blépharoplastie* par bordage (1849). — Plusieurs de ces travaux ont été réunis par lui en un volume in-4° (1843), et l'on pourrait aisément composer un second volume. Enfin, tous les médecins connaissent son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* dont la 5e édition est de 1877.

Les obsèques du savant et regretté professeur ont eu lieu le lundi 4 courant; une grande affluence de notabilités scientifiques, de médecins et d'élèves lui ont rendu les derniers

devoirs et des discours ont été prononcés sur sa tombe, par MM. Chauveau, au nom de l'Institut; Le Dentu, au nom de l'Académie de médecine; Guyon, au nom de la Faculté; Richelot, au nom de la Société de chirurgie; Peyron, au nom de l'Assistance publique.

Dr A. DUREAU.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours pour le clinicat des maladies des voies urinaires. — Un concours pour un emploi de chef titulaire de clinique des maladies des voies urinaires s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 28 janvier 1892. — Se faire inscrire avant le 21 janvier 1892.

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus :

Commandeurs : MM. les Drs Weber (médecin de l'armée active); Lucas (médecin de la marine).

Officiers : MM. les Drs Bachelet, Gavoy, Marvaud, Meynier, Perrin (médecins de l'armée active); Ely (médecin de la marine).

Chevaliers : MM les Drs Love, Socquet (de Paris); Barbaroux (de Colmar); Depoux (de Pionsat); Ducasse (de Lectoure); Guillermet (de Chatou); Aubert, Benech, Boiron, Brisset, Chayasse, Demeunynck, Grosjean, Landriau, Mickaniewksy, Morer, Renaut, Testevin (médecins de l'armée active); Bailly territoriale); Cartier, Curet, Desmoulins, Guégan, Mercier, Touren (médecins de la marine); Vaysse (médecin des colonies); Bide (de Madrid); Bonnet (de Carthage); Falet, (doyen de la Faculté de médecine de Lille); Poirier (agrégé de la Faculté de médecine de Paris).

Deuxième congrès international de dermatologie. — Le premier congrès international de dermatologie a eu lieu à Paris en 1889. Suivant une décision qui y a été prise, le second congrès aura lieu à Vienne du 5 au 10 septembre 1892. Le comité d'organisation se compose de MM. Kaposi, président; Riehl, secrétaire général; Neumann, Lang, H. von Hebra, Meracek, Grünfeld, J. Pick, Janowsky, Lipp, Jarisch, Rosner et Schwimmer.

Hopitaux. — M. le Dr F. Raymond reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Lariboisière, le samedi 16 janvier 1892 à 10 heures du matin, salle Trousseau.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Train hebdomadaire de luxe entre Calais et Rome.* — A dater du 4 janvier 1892, chaque lundi, à 11 h. 53 soir, un train de luxe, composé de vagons-lits et d'un vagon-restaurant, partira de la gare du Nord, à Paris, pour Rome.

Aller. — Le « Calais-Rome » correspond à Calais avec le « Club-train » quittant Londres à 3 h. soir.

Arrivée : le mardi : Milan, à 6 h. 42 soir; Gênes, à 10 h. soir; le mercredi : Pise, à 1 h. 27 matin; Rome, à 7 h. 41 matin; Naples, à 1 h. 39 soir.

Retour. — Départ : le mardi : de Naples, à 10 h. 25 soir; le mercredi : de Rome, à 9 h. 50 matin; de Pise, à 4 h. 6 soir; de Gênes, à 7 h. 33 soir, de Turin, à 11 h. soir.

Arrivée : le jeudi : Paris-Nord, à 2 h. 40 soir; Calais, à 7 h. 28 soir; Londres, à 10 h. 45 soir.

Dans la limite des places disponibles, le « Calais-Rome » pourra prendre :

1° A Paris, les voyageurs de et pour Mâcon, Culoz, Aix-les-Bains et Chambéry;

2° A chacun de ces points, des voyageurs pour les autres;

3° Pour toutes les gares italiennes qu'il desservira, soit directement, soit par correspondance, les voyageurs munis de billets à plein tarif et de billets circulaires comprenant le parcours de Turin à Rome. ainsi que les voyageurs porteurs de billets d'aller et retour Londres-Brindisi (via Gênes-Rome), Londres-Naples (via Gênes-Rome), Londres-Turin, Londres-Milan, Paris-Milan, Paris-Turin.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Circulation à demi-place.* — Le public peut se procurer, dans toutes les gares des chemins de fer de l'État, de l'Est, du Midi, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de P.-L.-M., des cartes donnant le droit de circuler à demi-place *sur les sept réseaux*, moyennant le versement préalable d'une somme de :

	1re classe.	2e classe.	3e classe.
Pour 3 mois........	200 fr.	150 fr.	110 fr.
— 6 —	300 fr.	225 fr.	165 fr.
— 1 an...........	400 fr.	300 fr.	220 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 27 DÉCEMBRE 1891 AU 2 JANVIER 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 26. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 67. — Bronchite aiguë et chronique, 111. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 143. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 50. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 47. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 242. — Causes inconnues, 7. — Total 1161.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J. B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

De l'hygroma trochantérien, par le Dr J.-B. PETIT. — Un volume grand in-8° de 168 pages. — Prix : 4 fr.

Guide de la garde-malade (conférences aux dames de la Société française de secours aux blessés militaires), par A. MONTEUUIS (de Dunkerque) — Un volume de la petite bibliothèque médicale, in-18 avec 21 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr.

Néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par le Dr PÉRET-GILBERT, ancien interne de l'hôpital du Mans. — Un volume grand in-8° de 191 pages. — Prix : 4 fr.

La pratique de l'hydrothérapie, par le Dr E. DUVAL, médecin en chef et fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. — Un vol. in-12, cartonné, de 376 p., avec des figures dans le texte et préface de M. le professeur PÉTER, ouvrage couronné par l'Institut de France. Prix : 5 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GOUTTE SATURNINE

Par MM. GEORGES LEMOINE et P. JOIRE (de Lille).

(*Suite et fin*) (1).

V

Il est bien évident que le rôle du saturnisme dans la production de la goutte est assez important, puisque Garrod trouve, dans sa statistique, qu'environ un tiers des individus en traitement pour la goutte appartient à la classe des ouvriers qui manient le plomb.

On a objecté que toutes ces observations avaient été faites à Londres, et qu'en France, on n'en rencontrait presque pas. Mais il faut remarquer que les faits se multiplient depuis que l'attention a été éveillée sur ce point, et que, d'une part, tous les cas observés ne sont pas publiés, d'autre part, l'étiologie peut souvent passer inaperçue quand la profession n'expose pas manifestement à l'action du plomb.

La goutte est du nombre des effets qui résultent des modifications amenées dans l'économie par le passage du plomb à travers l'organisme.

Toutefois, il ne faut pas méconnaître pour cela les autres causes qui peuvent se joindre à celle-ci pour favoriser le développement de cette affection rare dans la classe ouvrière. Il est bien certain qu'à Londres, la prédominance du régime animal et l'usage des bières fortes placent la population ouvrière dans des conditions hygiéniques spéciales, et ces conditions expliquent en grande partie pourquoi elle est plus souvent affectée de goutte.

Du reste les analogies sont aussi frappantes entre les lésions de l'intoxication saturnine et celles de l'alcoolisme. Les lésions du foie entrent certainement pour beaucoup dans la pathogénie de la goutte saturnine. Il semble rationnel de soutenir que ces deux intoxications, quand elles portent sur des sujets favorablement prédisposés, peuvent aboutir l'une et l'autre d'une façon absolument régulière à l'éclosion des manifestations de la diathèse urique.

Cette combinaison des deux toxiques se présente du reste dans un grand nombre des observations connues de goutte saturnine, et, en particulier, dans celle que nous avons signalée.

Le saturnisme serait donc, au même titre que l'alcoolisme et souvent en même temps que lui, la cause occasionnelle de l'attaque de goutte, chez un individu en puissance de la diathèse urique.

VI

La pathogénie de la goutte saturnine est une des questions les plus difficiles à élucider, puisque celle de la goutte ordinaire n'est même pas connue d'une façon satisfaisante.

On admet généralement, à l'heure actuelle, que la goutte est due à la présence dans le sang d'un excès d'acide urique, malgré l'incertitude qui règne encore sur le rôle de l'acide urique dans l'organisme. A ce sujet le professeur Lambling s'exprime ainsi dans la thèse d'un de ses élèves (1).

« Malgré le nombre considérable d'observations cliniques ou physiologiques faites sur la production et l'élimination de l'acide urique, la physiologie normale et pathologique de ce produit est encore pleine d'obscurité. En ce qui concerne d'abord sa signification physiologique, il est bien établi aujourd'hui que ce composé n'est pas, comme on le pensait autrefois, *un produit vers l'urée*, ni par conséquent le terme de transition par lequel passent tous les déchets azotés qui doivent aboutir à l'urée ; l'acide urique élaboré par les organismes malades ne saurait donc être considéré comme un produit d'oxydation incomplète, comme de l'urée qui serait restée en route. Mais, à la place de cette ancienne

(1) Voir le numéro 1 et 2.

(1) Thèse de Deroide, p. 8. Lille 1891.

théorie, encore admise aujourd'hui et professée par tant de cliniciens, aucune doctrine solidement étayée n'a pu être installée, encore que l'on ait fait dans plus d'une direction de fructueuses expériences de détails.

« La question demeure donc ouverte au point de vue physiologique. Sans la discuter dans ses détails, il convient, afin de montrer combien le problème s'est étendu et transformé, de citer la théorie qui rattache la production de l'acide urique à la désassimilation de la nucléine des noyaux. On sait depuis quelques années, principalement par les travaux de Kussmaull, que diverses espèces de nucléines donnent naissance, par leur dédoublement sous l'action des acides étendus, à toute une série de bases xanthiques, xanthine, hypoxanthine, véritables leucomaïnes uriuaires, et dont on connait l'étroite parenté chimique avec l'acide urique.

« D'autre part, une des rares maladies dans lesquelles l'élimination d'une proportion exagérée d'acide urique ait été bien dûment constatée est la leucocythémie, affection dans laquelle le sang est tout à la fois riche en globules blancs, c'est-à-dire en éléments figurés abondamment pourvus de nucléine, et en corps du groupe xanthique (hypoxanthine, adénine...). On est ainsi conduit à établir une relation entre ces deux faits : d'une part, une destruction plus active des globules blancs dans le sang leucémique, et, d'autre part, l'augmentation de l'acide urique dans l'urine, et l'apparition des bases xanthiques en notable quantité dans le sang. Cette théorie est en harmonie avec ce fait que l'excrétion maxima de l'acide urique suit de près le moment où la résorption intestinale est elle-même maxima, phénomène lié, comme on le sait, à une active migration des globules blancs. — Il faut ajouter que les substances qui, comme le sulfate de quinine, suppriment les mouvements amiboïdes des globules blancs, diminuent aussi la production d'acide urique. »

Ces notions nouvelles sur le mécanisme de la production de l'acide urique sont évidemment applicables à certaines formes de goutte. Dans la goutte saturnine, en particulier, on est tenté de faire un rapprochement entre les lésions des globules sanguins blancs et rouges et les troubles apportés à la formation et à l'excrétion de l'acide urique.

Quoi qu'il en soit, pour expliquer cette présence en excès de l'acide urique dans le sang, on a édifié différentes théories sur lesquelles nous ne nous appesantissons pas. Deux causes en particulier paraissent devoir amener cet excès d'acide urique. La première, et celle qui paraît la plus simple, suppose que, sous l'influence d'un vice de nutrition particulier, mal expliqué encore il faut l'avouer, l'organisme produirait une quantité d'acide urique exagérée.

La goutte consisterait donc surtout dans la production surabondante d'acide urique et de ses composés, qui, pendant un certain temps, ne sont pas éliminés par les voies naturelles, jusqu'au jour où une surcharge considérable du sang par l'acide urique provoque ou l'élimination de celui-ci, ou son dépôt dans des points où il ne s'accumule pas normalement.

La seconde théorie admet avec Garrod que, dans la goutte aiguë tout au moins, il s'agit, non pas d'une production exagérée d'acide urique, mais d'une rétention anormale par suite d'un défaut d'élimination par les reins. Elle suppose que les reins sont déjà malades, ce qui ne paraît pas toujours exister, et que seul l'acide urique filtre difficilement, ce qui n'est pas prouvé. Dans ces cas, on comprendrait que l'apport en excès d'éléments azotés favoriserait l'apparition d'une attaque, puisque, même sans cet excès dans les matières absorbées, l'élaboration serait habituellement insuffisante.

On peut objecter à cette théorie qu'il existe un grand nombre de néphrites aiguës ou chroniques où le travail d'élimination de l'acide urique est entravé au dernier degré et dans lesquelles on ne voit pas survenir pour cela d'accès de goutte. D'autre part, chez les saturnins, combien meurent avec les lésions typiques du petit rein contracté, qui n'ont jamais souffert de manifestations goutteuses !

Wilks, au contraire, insistant sur le rôle que le plomb joue dans la dénutrition générale de l'organisme, amenant l'atrophie des muscles et du système cérébro-spinal, l'affaiblissement du corps et la cachexie de toute l'économie, pense que c'est dans ce travail de dénutrition qu'il faut chercher le mode d'action du plomb dans la production de la goutte. Le plomb arrêterait le processus normal de désassimilation et favoriserait ainsi la formation exagérée d'acide urique.

M. Bouchard, exprimant une opinion analogue, dit que l'intoxication saturnine ne porte pas seulement son action sur les reins ; elle impressionne tous les organes, entrave la nutrition et peut réaliser des conditions générales favorables au développement de la goutte qui ne s'accompagnent pas nécessairement de troubles notoires de la fonction urinaire.

L'altération des reins ne suffit donc pas à expliquer la production de la goutte saturnine ; il y a quelque chose qui prime la lésion rénale, c'est l'excès de formation d'acide urique, ou une autre modification générale de l'organisme dont très probablement on trouvera la cause dans des troubles apportés aux fonctions du foie par l'action prolongée des produits nocifs. Il n'y a pas lieu, non plus, de chercher à établir une théorie exclusive, puisque l'on peut opposer à toutes des objections sérieuses. Il est plus sage d'admettre que plusieurs causes agissent simultanément. La dyscrasie urique serait à la fois imputable à un excès de production urique et à une rétention mécanique ; ces deux causes varient d'ailleurs d'importance relative suivant les malades ; de sorte que, chez les uns, il y aurait une modalité nutritive anormale en vertu de laquelle les matériaux albuminoïdes fourniraient trop d'acide urique, tandis que chez d'autres l'excès d'acide urique résulterait simplement, soit d'un apport exagéré, soit d'une combustion insuffisante, sans qu'il y ait d'ailleurs une perturbation primordiale et nécessaire dans les échanges nutritifs.

———

UROLOGIE

NOTE SUR UN CAS DE DIABÈTE GLYCO-SULFOCYANURIQUE

Par le Dr BEUGNIES-CORBEAU

Certaines urines, après avoir donné un précipité jaune-rouge avec la liqueur cupro-sodique bouillante, précipité d'où l'on conclut à la présence du sucre, ne tardent pas à jeter l'équivoque dans l'esprit, en ce sens qu'à un second examen on trouve le résidu brunâtre, puis quelques minutes après, tantôt d'un noir franc, tantôt d'un noir à reflets rougeâtres. Il y a telles circonstances où les mélanges appropriés des liquides, que l'on trouve par tâtonnements, font apparaître les trois stades ci-dessus avec une instantanéité pour ainsi dire kaléidoscopique. Les faits de ce genre ne sont point nouveaux, mais ils méritent toujours qu'on y insiste.

Un homme de 78 ans, obèse, pesant 92 kilos, robuste et vigoureux en apparence, est pris, après une marche un peu rapide pour son âge, d'une congestion cérébrale avec perte passagère de connaissance. Je le vois le lendemain. Je trouve des artères athéromateuses, les joues un peu colorées, la tête lourde, un léger embarras de la parole. Le surlendemain, le malade m'apprend que dans la position horizontale il n'éprouve aucun malaise, mais que s'il veut se mettre debout, ou s'asseoir, il est pris aussitôt de vertiges si intenses et désagréables qu'il ne peut rester, ni faire un pas. C'est l'aggravation de malaises déjà anciens. Il y a quelques années que ces éblouissements occupent la scène avec une fréquence et une intensité croissantes. J'insiste sur ce point, je questionne, *j'épluche* mon malade avec la persévérance la plus minutieuse, sous le rapport de ses antécédents morbides. Je ne trouve chez lui aucun souvenir, ni trace d'un désordre quelconque. Je fais alors recueillir les urines de vingt-quatre heures et voici ce que me livre leur analyse :

Volume : 900 C³.
Limpidité : louche, mais se clarifiant bien par le repos.
Couleur : jaune brun.
Odeur : assez forte de pain grillé.
Réaction : acidule.
Densité à 15° : 1030,8.
Albumine : traces indosables.
Urée totale : 14 gr. 40.
Matière extractives totales : 8 gr. 64.
Sels non dosés :
Sucre total : 27 gr., 90.
Sulfocyanures : 8 gr., 20.

Dépôt. — Pas de tubes. Nombreux champignons en lacis fibrillaires. Leucoytes. Quelques globules de graisse. Urates. Hauteur de la couche 1/20 de la masse.

Conclusions : diabète gras, avec dépuration rénale insuffisante, et *sulfocyanurie.*

Je fus mis sur la trace des sulfocyanures par les transformations optiques du précipité que j'ai dites plus haut. Pour en faire le dosage je dus recourir à un procédé très long, auquel je pense qu'avec un peu d'étude on pourrait donner une forme plus rapide :

1° Défécation de l'urine avec un excès d'azotate barytique. Filtration ;

2° Élimination de l'azotate dissous, par un excès de sulfate sodique. Filtration ;

3° Traitement du liquide à chaud par un mélange à parties égales de sulfate ferreux, et de sulfate cuprique, tant qu'il se forme un précipité.

Je pus reconnaître que celui-ci était du *sulfocyanure cuivreux, blanc verdatre*, susceptible de passer à l'état de *sulfocyanure cuprique noir*, en face de l'oxydule de cuivre.

Ce sulfocyanure est soluble dans l'ammoniaque et insoluble dans la potasse. Ce qui fait que si l'on pratique le dosage du sucre par la méthode de Battandier, il se dérobe à l'observateur.

Le dosage par l'azotate d'argent me le montra égal à 8 gr. 20 pour toute l'urine.

Celle-ci, dépourvue de cette substance et débarrassée, au préalable, du fer et du cuivre en solution, par le carbonate de soude, cessa de fournir la teinte noire avec la liqueur de Fehling.

Quelle est la valeur clinique des sulfocyanures? Un travail important a été fait en 1884 par MM. Mallat et Cornillon sur ce chapitre. Mais je n'ai pu me le procurer encore. Deux lignes m'apprennent qu'au dire des auteurs, les sulfocyanures n'existent jamais que dans l'urine diabétique.

La salive humaine contient ce sel, mais à l'état de trace seulement, 5 à 10 centigrammes par litre.

Il n'est pas inutile de dire un mot des corps sulfurés de l'urine, plus multiples que l'on ne pense. Le soufre urinaire existe à l'état de *sulfates*, et sous cette forme, il représente les 5/6 du soufre total.

Le reste est constitué par des combinaisons mal connues dont les principales sont :

1° *Les substances albuminoïdes* reconnaissables à leurs caractères classiques ;

2° *Les hyposulfites*, qui déposent du soufre au contact d'un acide minéral ;

3° *L'acide sulfhydrique*, décelé par son odeur, et par les taches noires qu'il forme sur un papier de plomb suspendu dans la vapeur de l'urine bouillante ;

4° *L'urobiline* caractérisée par sa bande spectrale (1) et sa séparation en présence du sulfate d'ammoniaque au maximum ;

5° *La cystine* que l'acide acétique dépose de ses véhicules et qui lavée à l'eau acétique noircit à 100° les sels de plomb ;

6° Les sulfocyanures alcalins ;

7° D'autres corps demeurant jusque là des curiosités de laboratoire, comme :

Les acides phényl, et crésylsulurique, l'indoxyl, le skaloxyl et le pyvoca sichysulfurique, l'acide iséthionique, la taurine, etc.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

LA PIPÉRAZINE COMME DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Depuis que l'on connaît l'acide urique comme jouant le rôle de matière peccante dans deux maladies sœurs, la goutte et la gravelle, les chimistes se sont préoccupés de découvrir des substances médicamenteuses qui, introduites dans l'organisme du malade, produiraient à la fois des effets prophylactiques et

(1) Spectroscope à vue directe de Rousseau.

curatifs : des effets prophylactiques, en favorisant la dissolution de l'acide urique contenu dans nos humeurs, et en prévenant ainsi la formation des dépôts et des concrétions uratiques; des effets curatifs, en redissolvant les dépôts et les concrétions déjà formés. En se fondant sur les résultats obtenus *in vitro*, on a entrevu des substances douées de pareilles propriétés, dans les alcalins et notamment dans le bicarbonate de soude et la lithine. La clinique n'a confirmé qu'en partie ces prévisions de la chimiatrie. Il est généralement admis de nos jours, que ni les alcalins, ni d'autres substances médicamenteuses administrés sous une forme ou une autre ne sont capables de redissoudre des dépôts uratiques, qu'il s'agisse de simples tophus ou de calculs formés dans les voies urinaires. On trouverait difficilement un chirurgien qui ait foi dans l'efficacité des remèdes réputés jadis lithontriptiques.

On admet, par contre, que certains alcalins favorisent la dissolution et l'élimination de l'acide urique qui se trouve en suspension dans le sang, et que, à ce titre, ces médicaments s'attaquent au principe même des maladies qui ressortissent à la diathèse urique. Seulement l'emploi de ces médicaments se heurte à maint écueil. Pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai ce que M. Bouchard nous a révélé au sujet de la gravelle urique où, quand on prescrit les alcalins sans mesure, on va à l'encontre du but voulu, on détermine la précipitation des phophates urinaires en voulant faciliter la dissolution des urates.

Bref, même depuis que nous sommes en possession de la lithine, les ressources que nous offre la matière médicale, en fait de dissolvants de l'acide urique, laissaient à désirer. Or, si l'on s'en rapporte à certaines publications récentes parues en Allemagne, nous serions en possession d'un dissolvant de l'acide urique qui répond à tous les desiderata; ce disssolvant c'est la piperazine.

La piperazine est une base organique, dont la constitution atomique est représentée par la formule

$$Az\begin{matrix}\diagup CH^2 - CH^2 \diagdown \\ \diagdown CH^2 - CH^2 \diagup\end{matrix}Az$$

C'est une matière cristalline neigeuse, qui devient deliquescente au contact de l'air dont elle absorbe l'acide carbonique. Elle est soluble dans l'eau en toutes proportions ; la solution n'a presque pas de goût, elle n'est pas du tout caustique La piperazine avait été confondue, jusque dans ces derniers temps, avec la spermine En 1890, un chimiste allemand Zajert, dans une communication à la Société chimique de Berlin, a démontré que cette assimilation n'avait aucune raison d'être. Il a eu en outre le double mérite de découvrir un procédé permettant de préparer la piperazine par grandes quantités, et de nous révéler dans cette base le dissolvant par excellence de l'acide urique :

Tandis qu'il faut 367 parties d'eau (à 20°) pour dissoudre 1 partie d'urate acide de lithine, et 1,200 parties d'eau (à 15°) pour dissoudre une partie d'urate acide de soude, on réussit à dissoudre une partie d'urate de piperazine dans 50 parties d'eau. De plus, quand à une solution saturée d'urate de piperazine on ajoute de l'acide urique, celui-ci sans se dissoudre, reste cependant en suspension dans le liquide.

Cette action dissolvante de la piperazine s'exerce sur l'acide urique qui entre pour une part variable dans la composition d'un grand nombre de calculs urinaires, ainsi qu'en témoignent des expériences récentes faites par MM. Biesenthal et A. Schmidt, de Berlin. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 52, p. 1215.)

Pour ce qui concerne d'abord les calculs uratiques proprement dits, dont 80 0/0 de la masse est constituée par de l'acide urique ou des urates, les deux expérimentateurs ont constaté que même des fragments volumineux et compacts de ces calculs se dissolvent avec une extrême facilité dans un liquide tenant en dissolution de la piperazine.

De même des débris urato-phosphatiques réduits en poudre grossière se sont dissouts instantanément dans une solution de piperazine; il s'est formé un sédiment de phosphates terreux.

D'un calcul formé en majeure partie par du phosphate de chaux, on a détaché un fragment qui pesait environ 1 gr. et qui a été déposé dans une solution de piperazine. Il n'y a pas eu de trace d'une dissolution, mais le fragment s'est imprégné de liquide et il est devenu friable. Bref, la piperazine n'a aucune action dissolvante sur les calculs phosphatiques, pas plus que sur ceux qui sont constitués par des oxalates.

Un point sur lequel MM. Biesenthal et Schmidt ont particulièrement insisté est relatif à l'action de la piperazine sur la matière qui, dans les calculs urinaires, joue en quelque sorte le rôle de ciment. Cette matière unissante, qui a été bien étudiée par Ebstein, dans son livre sur la nature et le traitement des calculs urinaires, est de nature albuminoïde et se dissout avec une extrême facilité dans une solution de piperazine. Ainsi, quand on dépose dans une solution de carbonate de lithine ou de carbonate de soude un fragment de calcul urat'que, celui-ci, sous l'influence de l'action dissolvante du véhicule, se réduit à l'état de squelette assez ferme, formé précisément par la matière cimentaire susdite. Or, déposé dans une solution de piperazine, ce squelette s'y dissout presque aussitôt. Il est à noter que, pour ne point s'attaquer directement aux phosphates et à d'autres sels qui entrent dans la constitution de certains calculs urinaires, la piperazine n'en agit pas moins sur ces derniers pour les rendre plus faisables, grâce à l'action dissolvante qu'elle exerce sur leur matière cimentaire.

En admettant avec MM. Biesenthal et Schmidt, ce qui est encore à démontrer, que la piperazine, après avoir pénétré dans le sang et dans les humeurs de l'organisme, exerce là également son action dissolvante sur la matière cimentaire sans l'intervention de laquelle il n'y a pas formation possible d'un calcul urinaire, la piperazine serait donc, *à priori*, le remède idéal à employer dans les cas de gravelle urique, comme, aussi dans ceux de goutte en ne tenant compte que de son action dissolvante sur l'acide urique. Il nous reste à voir jusqu'à quel point l'expérimentation clinique parle jusqu'ici en faveur de ces prévisions.

(A suivre.) E. Ricklin.

REVUE CRITIQUE

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'ECZÉMA

Parmi les affections dont l'étude appartient au domaine de la dermatologie, l'eczéma est incontestablement une des plus communes, et en même temps une de celles dont le traitement présente le plus de difficultés. Cette dernière remarque peut trouver son explication dans l'incertitude de nos connaissances relatives à la pathogénie et à la na-

ture d'une affection dont les causes sont extrêmement nombreuses et variées et qui, par le fait, comporte presque autant d'indications que de cas particuliers. Cette incertitude va jusqu'à obscurcir la compréhension du mot *eczéma*, qui ne représente pas à notre esprit une définition vraiment claire et précise. En réalité, il semble que l'on ait englobé sous ce nom une foule d'affections cutanées de causes diverses, entre lesquelles on trouve cependant un trait commun, l'inflammation superficielle de la peau, la *dermite*. L'existence de ce caractère commun peut justifier, jusqu'à un certain point, le maintien provisoire du terme eczéma, terme dépourvu de toute signification et qui est loin de présenter l'idée d'une affection toujours identique à elle même, comme le psoriasis, dont nous voyons journellement des exemples. Cette difficulté que l'on éprouve à délimiter l'eczéma vient d'être signalée à nouveau et mise en relief par M. Besnier, dans un article publié par la *Semaine médicale*. Notre maître dit expressément que, sous ce nom, le médecin ne doit se représenter ni une lésion, ni une maladie, mais qu'il doit y voir seulement un genre dermatologique extrêmement complexe, dont les innombrables variétés n'acquièrent de valeur que si elles sont accompagnées d'un qualificatif. On ne saurait exprimer plus clairement le vice radical de toute définition de l'eczéma et l'impossibilité de lui assigner une place dans la nomenclature à titre d'entité morbide. C'est de cette maladie surtout que l'on peut dire, en paraphrasant une formule pathologique bien connue : Il n'y a pas d'eczéma, il n'y a que des eczémateux.

En fait, la divergence des opinions relatives au traitement de cette affection donne, mieux que toutes les dissertations, la mesure de l'insuffisance des théories conçues à l'effet de lui assigner une place dans le cadre nosologique.

Nous citions tout à l'heure le nom de M. Besnier. Nous pouvons l'invoquer encore ici car notre maître enseigne qu'il n'y a pas de thérapeutique générale de l'eczéma, et que le traitement de cette dermatose doit être adapté aux modalités innombrables sous lesquelles elle se présente cliniquement, c'est-à-dire aux exigences de chaque cas pris en particulier. La difficulté se fait sentir dès le premier pas, c'est-à-dire au sujet de la première question qui se pose et qui naturellement doit primer toutes les autres : *Doit-on toujours traiter un eczéma?* Si quelques médecins, plus hardis ou plus impatients, répondent résolument par l'affirmative, il en est d'autres, encore pénétrés des traditions du passé, qui se prononcent avec plus de réserve et semblent prêts à admettre un certain nombre de contre-indications, presque toutes empruntées à la coexistence d'affections diathésiques ou viscérales vis-à-vis desquelles l'eczéma leur semble jouer le rôle d'une surface de décharge et d'un émonctoire. M. Besnier est au nombre de ces derniers, affirmant ainsi, en quelque sorte à nouveau, avec l'autorité qui lui appartient, une doctrine qui a tenu jadis une grande place dans les enseignements de l'École. Toutefois, cette opinion ne semble plus compter qu'un petit nombre d'adhérents, car nous voyons les autres médecins de l'hôpital Saint-Louis écarter délibérément de leur pratique des considérations qu'ils estiment dépourvues de fondement. Une lésion eczémateuse existe, il faut s'efforcer de la guérir, disent-ils, comme on dirait : il n'y a pas de mal nécessaire; cette opinion est devenue celle de la grande majorité des dermatologistes, en France aussi bien qu'à l'étranger.

Un autre point délicat, quand il s'agit du traitement de l'eczéma, est de savoir quel degré de confiance il faut accorder à la médication interne. Les médecins sont divisés sur cette question et chacun tend à la résoudre d'une manière conforme à sa propre expérience. Pendant bien des années pourtant, l'utilité de cette indication avait été admise à peu près sans conteste : c'était l'époque où régnait la doctrine des diathèses, qui plaçait les considérations tirées de l'état général et du vice constitutionnel en tête de presque toute la thérapeutique dermatologique. C'est de cette période que date la vogue des alcalins, auxquels Bazin attachait tant de prix, et celle de l'arsenic, qui jouait journellement un rôle considérable dans le traitement des maladies de la peau. De nos jours, un certain nombre de médecins sont restés fidèle à cette tradition, qui compte M. Hardy comme principal représentant parmi nous. M. Besnier est aussi dans une certaine mesure resté un de ses adhérents, et il considère notammment l'arsenic comme le remède le plus spécialisé, sinon comme le remède spécifique, dans le traitement de l'eczéma. Mais nous devons dire que cette opinion ne compte plus guère de partisans, même chez les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelques années, il y a une tendance générale à considérer l'eczéma comme une affection purement locale et, sous son influence, les moyens tirés de la thérapeutique constitutionnelle ont perdu peu à peu de leur crédit d'autrefois. Cette tendance a eu ses représentants les plus convaincus à l'École de Vienne et elle a trouvé des adhérents chez nous, ébranlant du même coup la doctrine des diathèses, qui a perdu visiblement du terrain dans ces derniers temps. Nous trouvons la preuve du discrédit dans lequel elle est tombée dans l'opinion exprimée récemment par un des médecins de l'hôpital Saint-Louis. Notre collègue n'hésite pas à contester la réalité de ce que l'on a appelé l'*arthritis* et l'*herpétis* : ce sont là, pour lui, des mots dépourvus de signification précise et, partant, sans valeur, sortes de rideaux derrière lesquels nos ancêtres ont longtemps voilé leur ignorance des causes morbifiques. En fait, dans la pratique, la notion empruntée à l'état diathésique est habituellement vague et arbitraire, et les déductions thérapeutiques que l'on voudrait en tirer sont presque toujours contestables. Dans la plupart des cas, l'on est obligé d'associer à la médication générale des moyens locaux plus ou moins actifs, nécessité qui, on en conviendra, ressemble beaucoup à un aveu d'impuissance. Aussi voyons nous, à l'heure présente, la majorité des médecins de l'hôpital Saint-Louis donner, dans leur pratique, le pas à la thérapeutique locale, manière de faire qui est tout à fait justifiée par les tendances de la médecine contemporaine.

Il y a pourtant une vérité qui ressort avec évidence de toute enquête sérieuse sur le traitement de l'eczéma, et sur lequel l'accord est à peu près universel : c'est que ce traitement est particulièrement difficile, et qu'il est trop souvent une source de déceptions et de mécomptes. M. Besnier faisait ressortir ces difficultés dans un article récent, et il cherchait à mettre ses jeunes confrères en garde contre les erreurs de pronostic si fréquentes en pareil cas et qui visent la gravité de la lésion cutanée, sa durée, la possibilité de récidives, etc.. Ces difficultés particulières, inhérentes au traitement d'une maladie fort répandue, doivent tenir pour une grande part à la multiplicité des

causes de celle-ci, et à la variété des circonstances susceptibles de modifier ses aspects et d'influencer son évolution. De fait, en pratique, il y a souvent des surprises et l'on recueille parfois des résultats négatifs où même désastreux avec des moyens identiques à ceux qui ont donné des succès dans des cas en apparence tout à fait comparables. Aucune remarque ne saurait mieux justifier l'aphorisme formulé tout à l'heure : Il n'y a pas d'eczéma, il n'y a que des eczémateux. Et c'est pourquoi on n'entrevoit guère la possibilité de tracer des règles précises en dehors de la règle universelle et banale qui prescrit tout d'abord de ne pas nuire ; *primo nonnocere* ; et pourquoi aussi chaque médecin continuera encore longtemps à prendre les enseignements de sa propre expérience pour guide à peu près exclusif dans un sujet particulièrement délicat.

P. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'exercice chez les adultes, par le Dr Fernand Lagrange.

Ceux d'entre nous dont la pensée peut remonter un peu loin le cours des années, doivent se souvenir des récréations d'autrefois dans les lycées et les pensions, récréations mouvementées et bruyantes, dont les jeux de balle et de barre faisaient surtout les frais et en faisaient paraître les moments si courts. Plus tard, la jeunesse s'est assagie, et l'enfance aussi. Aux jeux animés ont succédé les promenades sérieuses et les conversations graves ou autres. Le mouvement et la gaîté semblaient bannis à jamais des cours des collèges.

Et voilà que, tout à coup, a retenti, comme un tocsin, un appel à l'*exercice*. Il faut à l'enfance des exercices actifs, il faut une détente à l'esprit, des répits à l'application. Il faut faire des muscles, alléger le cerveau... Et aussitôt, comme par l'effet d'une traînée de poudre, la gymnastique méthodique et ennuyeuse s'est trouvée détrônée, et les jeux amusants et sportiques décrétés.

Il semblait que l'on eût fait une découverte importante. Une ère nouvelle était commencée, et les couronnes n'ont pas manqué aux fêtes triomphales qui l'avaient inaugurée. Y avait-il quelque chose d'un peu artificiel et trop voulu dans cet élan, qui paraissait déjà emprunter à de vieilles traditions un caractère un peu trop universitaire, un peu exotique aussi?

En réalité, cependant, une partie était gagnée. Ce n'est pas qu'en apparence on eût grand'chose à apprendre sur ce sujet. Quels parents ne souhaitaient de voir leurs enfants s'ébattre dans la campagne, et quels enfants, lâchés dans les champs, ne savaient se livrer d'eux-mêmes à l'exercice, à l'exercice qui fait les muscles et repose le cerveau, sans costumes officiels, sans engins perfectionnés et sans perspective de couronnes olympiques?

Mais il y a loin des champs au lycée, et c'est affaire à la pédagogie de combiner l'éducation musculaire avec l'éducation cérébrale. On sait que la campagne, qui a si bruyamment révolutionné le régime universitaire, a été menée surtout par des artistes et des littérateurs, esprits ouverts et généreux, qu'animaient en même temps des instincts paternels et patriotiques. Ils s'étaient abattus sur le champ de l'hygiène et de la physiologie : c'était un appel fait à la science, et la science a répondu avec son meilleur langage, en particulier dans deux ouvrages intéressants, intitulés : l'un, *L'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, l'autre, plus récent, *De l'exercice chez les adultes*. C'est de ce dernier que nous dirons ici quelques mots, une œuvre technique de ce genre ne pouvant guère être exposée que dans son caractère général et son plan.

L'auteur de ces deux ouvrages est un médecin distingué de Limoges et de Vichy, M. le Dr Fernand Lagrange, dont la compétence particulière en ces sortes de matières est bien connue, et vient d'être consacrée encore par des suffrages académiques.

Après avoir analysé l'effet de l'exercice sur la nutrition, la nutrition qui est l'expression suprême de la vie chez les êtres organisés, M. Lagrange montre tout ce que comporte, infiniment variable, l'idée d'exercice actif. L'exercice actif, dû au travail ou au jeu, est un dans ses effets essentiels. Mais les sujets à qui il les adresse sont eux-mêmes variables à l'infini. Cependant, on peut les ramener à un certain nombre de types déterminés.

La santé, dont la perfection est peut-être purement idéale, revet les formes les plus diverses: l'âge d'abord, enfance, jeunesse, époques d'évolution; la vieillesse, époque d'involution, l'âge adulte, dont les limites n'ont rien de bien précis, entre une évolution tardive on une involution précoce ; puis les tempéraments qui ne sont que des formes diverses de là santé, comme la physionomie représente les formes diverses du visage; puis les constitutions, qui peuvent être ramenées aux types, assez arbitraires par eux-mêmes, mais cependant reconnaissables, lymphatiques, arthritiques et nervosiques, les plus communs dans nos contrées; puis les diathèses, qui sont déjà la maladie, manifestes ou larvées, C'est ainsi que l'auteur passe en revue les indications et les effets de l'exercice chez les obèses, les goutteux, les dyspeptiques, les diabétiques. les essoufflés, les cardiaques, les neurasthéniques.

Enfin, il passe en revue les formes diverses de l'exercice: les jeux, l'escrime, la locomotion, la gymnastique médicale suédoise, la gymnastique de chambre. Il ne parle pas de la danse, qui, chez nos grands parents comportait, en outre, des leçons de maintien, une véritable gymnastique.

Tel est le plan général de cet intéressant petit livre. Il se tient sur la limite de la pédagogie et de la médecine. Les maîtres et les pères de famille trouveront beaucoup à y apprendre.

M. Durand-Fardel.

Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance, par le Dr Dahlepyl.

Le docteur Dahlepyl est partisan, avec la plupart des chirurgiens modernes, de l'intervention opératoire dans les ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance. Ce n'est pas à des résections régulières, classiques, qu'il faut avoir recours à cet âge ; mais à des opérations élémentaires, conservatrices, résections irrégulières ou atypiques. Ce sera suivant l'étendue des lésions une simple abrasion (au moyen de la rugine, de la cuillère tranchante, du couteau-gouge) des couches superficielles de l'os. Si l'os est malade profondément, on pénétrera davantage dans le tissu spongieux qu'on égrugera, qu'on évidera.

On évitera ainsi d'enlever en totalité les extrémités épiphysaires, ce qui amènerait un arrêt de développement des os.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CONSÉQUENCES TARDIVES DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par le Dr HERTEAU.

A la suite des lésions traumatiques de la moelle épinière, outre les accidents immédiats, on voit parfois survenir des accidents tardifs. Ce sont tantôt des lésions systématiques de la moelle (ataxie locomotrice, atrophie musculaire progressive, etc.), tantôt le diabète, l'hystérie, l'épilepsie. Aussi, en présence de ces diverses affections, le clinicien doit-il chercher dans les antécédents du malade s'il n'a pas été victime d'un traumatisme médullaire. Le chirurgien est à peu près impuissant en présence de ces accidents; toutefois, lors de fracture de la colonne vertébrale, il est souvent utile de faire la trépanation pour éviter la compression de la moelle.

DE L'INCISION TRANSPLEURALE APPLIQUÉE AUX COLLECTIONS SOUS-PHRÉNIQUES ET EN PARTICULIER AUX KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, par le Dr BERGADA.

Dans ce travail M. Bergada montre qu'il est aisé de pénétrer dans la cavité abdominale, à l'aide d'une résection costale faite sur la paroi postéro-latérale et inférieure du thorax. Cette voie est la plus directe pour atteindre les collections qui soulèvent le diaphragme, elle est préférable à la laparotomie. Il est facile de traverser la plèvre sans donner accès à l'air dans sa cavité. L'opération doit être faite en un temps. Elle peut être appliquée avec avantage aux kystes hydatiques postéro-supérieurs du foie et d'une manière générale à toutes les collections suppurées sous diaphragmatiques, alors même qu'elles communiquent avec le poumon.

DE L'EMPYÈME GANGRÉNEUX INTERLOBAIRE, par le Dr MILLET.

L'empyème gangreneux, bien différent de l'empyème putride, est une affection grave, et nécessite une intervention chirurgicale énergique. L'empyème interlobaire gangreneux est tout à fait analogue à l'empyème gangreneux de la grande cavité pleurale. C'est une maladie très rare, d'existence incontestable cependant. Sa symptomatologie comprend deux périodes, l'une de phénomènes infectieux où les symptômes, tout en indiquant une affection pulmonaire, ne permettent pas de songer à la nature des accidents; l'autre, où grâce aux vomiques gangreneuses, il est possible d'établir le diagnostic. On ne saurait affirmer qu'un sphacèle pleural primitif est la cause de l'affection. La pneumotomie s'impose comme traitement. Elle est sans danger, par suite des adhérences de la grande cavité pleurale.

DE LA MONO-ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME, par le Dr AUVERGNIOT.

La blennorrhagie, maladie parasitaire et virulente, provoque des manifestations articulaires, analogues à celles qui compliquent toutes les maladies virulentes. Ces manifestations n'ont aucun des caractères du rhumatisme. Ce sont des arthrites pseudo-rhumatismales, résultat d'une intoxication spéciale due à la présence du micrococcus blennorrhagique. Cette arthrite blennorrhagique est aussi fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, contrairement à ce que disent les auteurs classiques. Elle n'est pas consécutive seulement à l'uréthrite blennorrhagique, comme le croit M. Fournier, mais peut se montrer à la suite de toutes les localisations blennorrhagiques (métrite blennorrhagique du col, vaginite blennorrhagique, etc.). Elle est ordinairement monoarticulaire et se localise plus spécialement au poignet, surtout à celui du côté droit.

Dr EUGÈNE COHEN.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

Suite (1).

TITRE IV. — *Exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.*

ARTICLE 5.

A partir du délai prescrit par l'article 37 pour l'application de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 2, et 3.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

On verra plus loin que la loi nouvelle ne sera pas applicable, dès sa promulgation, mais seulement dans le délai d'une année à partir de cette promulgation. C'est l'article 36 et non l'article 37 qui le dit. Numéro à rectifier.

A supprimer aussi, comme il a déjà été dit au premier commentaire, les mots : « quelle que soit leur nationalité, » comme inutiles. A supprimer encore, comme incorrecte, la conjonction : *ou* de sage-femme.

L'article 10 du projet de la Chambre ajoutait qu'en aucun cas les dispenses ne porteraient sur plus de 3 épreuves. Nous faisions observer que pour les sages-femmes qui ne subissent qu'une ou deux épreuves, selon leur classe, et, pour les dentistes qui n'en subiront peut être guère davantage, la faculté, laissée, à l'administration, de dispenser de 3 épreuves pouvait permettre d'habiliter les sages-femmes et dentistes étrangers à exercer en France, sans exiger d'eux aucune preuve de capacité. Cette faculté a donc été sagement rayée du nouveau projet.

Enfin, pour suivre l'ordre généralement adopté par la Commission du Sénat, il conviendrait, dans notre pargraphe 1er, de placer le dentiste avant la sage-femme.

ARTICLE 6.

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, *c'est-à-dire possédant seize inscriptions,* **peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.**

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Nous avons déjà mis en lumière les dangers possibles de cette disposition dont le paragraphe 1er formait l'article 11 du projet de la Chambre. Nous pensions qu'il eût peut-être été plus prudent de bénéficier de la latitude accordée par la jurisprudence, dans les cas d'urgence et d'épidémie. Nous demandions que, pour plus de précision et de sécurité, on en revint au moins au projet de la Commission qui déterminait par quelle autorité et pour combien de temps l'autorisation d'exercer exceptionnellement serait accordée. L'addition d'un second paragraphe tend à nous donner satisfaction. Toutefois il y a lieu de se demander si le préfet aura une compétence suffisante, malgré la restriction du choix à faire.

(1) Voir le numéro 1 et 2.

Il paraît certain qu'il ne faut pas confondre l'exercice de la médecine pratique, en vertu de cette autorisation préfectorale, avec la disposition plus générale du dernier paragraphe de l'article 17 ci-après qui décide, comme au projet de la Chambre d'ailleurs, que, d'une façon générale, les étudiants en médecine (quelle que soit leur situation de scolarité) qui agissent comme aides d'un docteur, ne se rendent pas coupables d'exercice illégal.

Dans notre premier commentaire, il était déjà observé que, par étudiants dont la scolarité est terminée, il fallait entendre ceux ayant pris 16 inscriptions. On a pensé, non sans raison, qu'il était plus clair de s'en expliquer au nouveau projet.

Enfin, ici, pour la seconde fois, le texte parle des officiers de santé, quoique l'article 31 ci-après soit le premier à nous révéler qu'ils subsisteront, à titre transitoire. On verra pareil fait se reproduire dans les articles subséquents.

ARTICLE 7.

Les étudiants étrangers, qui postulent soit le diplôme de docteur en médecine, visé à l'article premier de la présente loi, *soit le diplôme de dentiste visé à l'article 2,* sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les équivalences de diplômes et certificats obtenus à l'étranger et les dispenses peuvent être données par le ministre de l'instruction publique, sur l'avis des autorités compétentes, en vue de l'inscription a prendre dans un établissement d'enseignement médical.

Dans le projet voté par la Chambre, il n'était question que des étudiants étrangers désireux d'obtenir le diplôme de docteur. Ajoutant ceux qui postulent le diplôme de dentiste, il faudrait y adjoindre aussi les personnes qui recherchent le diplôme de sage-femme. Rappelons, en ce qui concerne les dentistes, qu'il a été déclaré, à la Chambre, au nom du gouvernement et de la Commission, qu'ils n'auraient à satisfaire qu'à des examens mais non à des conditions de scolarité dentaire.

Bien que fourni par nous, en lettres italiques, le second paragraphe est cependant, quoique conçu en termes différents, à peu près la reproduction du second paragraphe du projet de la Chambre. La faculté d'accorder certaines *dispenses* y a seule été ajoutée.

A ce propos, il y a lieu de relever cette incorrection grammaticale : les équivalences et les dispenses seront données. On donne bien des dispenses, on ne donne pas des équivalences ; elles sont *prononcées*.

ARTICLE 8.

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Comme nous l'avions déjà dit, dans notre premier commentaire, il serait préférable et plus logique de placer cet article immédiatement après l'article 1er.

Quant à l'officiat de santé, il eût été bon aussi, à la même place, après l'article 1er, de mentionner qu'il est supprimé, à l'exception toutefois des officiers de santé transitoirement maintenus par les articles 31 et 33 ci-après. Le projet de la Chambre mentionnait au moins, dans le libellé de son titre 1er, la suppression de l'officiat, et maintenait les officiers de santé transitoirement, dans ses articles 2 et 4.

ARTICLE 9.

Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont *établi* leur domicile *dans une localité*, de faire enregistrer, *sans frais*, leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Nous avions révélé qu'au greffe du tribunal civil de la Seine aucun enregistrement de diplôme n'avait eu lieu depuis 1851, parce que les intéressés reculaient devant les frais, formalités et pertes de temps que prétendait leur imposer le greffier, en se refusant à procéder à aucun enregistrement, sans une ordonnance du président du tribunal rendue sur requête. Tenant compte de notre observation, la commission du Sénat a inséré, dans son projet, les mots : *sans frais*. Cette formule sera-t-elle suffisante et permettra-t-elle de triompher des résistances du greffe ? Il eût peut-être été plus prudent de préciser, avec dame administration, et de stipuler, par exemple, que le greffier serait tenu de porter la mention d'enregistrement sur un registre non timbré et lui même enregistré gratis, spécialement tenu à cet effet, et de la reproduire au dos du diplôme, sur l'heure, à présentation, sans frais ni droits d'aucune sorte.

Quant aux dentistes non diplômés transitoirement maintenus, il convient de rappeler que, n'ayant pas de titre, ils échappent à l'obligation de l'enregistrement, ce qui, par conséquent, fait échec à la surveillance que l'article 9 a eu pour but d'organiser. Pourquoi ne pas les astreindre, comme nous l'avons déjà proposé, soit à une déclaration tendant aux mêmes fins, soit à l'enregistrement de leur patente dont la production est bien exigée par l'article 34 ci-après, pour leur maintien transitoire.

« Ceux ou celles qui » est d'une rédaction bizarre « Ceux » était parfaitement suffisant.

ARTICLE 10.

Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 1 et 2 et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur

Toutes ces dispositions sont exactement les mêmes que celles de l'ancien projet, sauf que, par suite du changement de numérotage, cet article doit en viser deux nouveaux. Les articles 5 et 6 que visait l'ancien projet concernaient les dentistes diplômés et les dentistes transitoirement maintenus. Il faut supposer que l'article 10 entend parler des mêmes dentistes et que, par conséquent, c'est à tort qu'il cite l'article 1 qui ne concerne que les docteurs. Il devrait viser les articles 2 et 34. A rectifier.

Nous avons déjà protesté, en temps, contre ce luxe d'affichage dans toutes les communes du département, avec indication des lieux de réception.

(*A suivre.*)

A. LÉCHOPIÉ.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : le langage sifflé.
Académie de médecine : L'épidémie de fièvre typhoïde des troupes de Landrecies, Maubeuge et Avesnes en 1891. — L'adéno-gypsose ou maladie des stucateurs. — Un cas de néphrite infectieuse puerpérale. — Essai de restauration osseuse de la face. — Cure radicale d'un spina bifida lombaire ; greffe d'une plaque osseuse, empruntée à l'omophate d'un jeune lapin, dans la perte de substance des lames vertébrales.
La question de l'indemnité maladie devant le Conseil général de l'association des médecins de France.

M. Lajard a adressé à l'Académie des sciences un intéressant travail sur le langage sifflé aux Canaries. Il ne s'agit pas ici du langage conventionnel, connu et usité dans tous les temps et dans tous les pays, qui consiste dans des coups de sifflet dont l'intensité, le nombre, la durée permettent de faire varier la signification et qui constituent ainsi un moyen de communication entre gens initiés, mais d'un langage sifflé parfaitement articulé. M. Lajard s'est donné la peine de l'apprendre et a reconnu que c'est de l'espagnol sifflé. Au moyen des doigts introduits dans la bouche et de divers degrés d'incurvation en gouttière de la langue, on obtient des articulations correspondant aux syllabes parlées. Les indigènes parviennent ainsi à tenir de longues conversations.

— L'Académie de médecine qui, par suite de deuils récents, chômait depuis quelques semaines, a eu mardi dernier, une séance bien remplie. Deux de nos collaborateurs et collègues, ont, tout d'abord, occupé la tribune.

— M. J. Arnould, comme directeur du service de santé du premier corps d'armée, a eu à étudier l'origine et le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde qui, en janvier, février. et mars 1891, a frappé successivement les troupes de Landrecies, Maubeuge et Avesnes. Les éléments de semblables recherches se rencontrent généralement avec plus de facilité et de précision dans la population militaire que dans la population civile, ce qui permet d'arriver à des résultats plus nets. On sait le rôle capital que, de nos jours, on attribue à l'eau de boisson dans la genèse et la propagation de la fièvre typhoïde. Est-ce à dire que ce soit là la cause exclusive de tous les cas, de toutes les épidémies ? Le travail de M. Arnould répond à cette question en écartant l'action de l'eau dans le développement de l'épidémie en question, et en faisant ressortir comme mode de propagation, le rôle de l'homme, aidé ou favorisé par des circonstances adjuvantes, telles que le confinement et le surmenage. Ce travail offre à ce point de vue un grand intérêt, et nous serons heureux de pouvoir le mettre, dans le prochain numéro, sous les yeux de nos lecteurs.

— M. Albert Robin, étudiant et discutant avec un grand sens clinique un cas soumis à son observation, l'a rattaché à une maladie professionnelle nouvelle, qu'il propose d'appeler *adéno-gypsose* ou *maladie des stucateurs*.

Un homme exerce pendant quarante ans la profession de stucateur, qui l'oblige à vivre dans un nuage de poussière de sulfate de chaux, dont il respire et avale une quantité plus ou moins considérable; à différentes reprises, il présente du côté de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, des accidents sérieux qu'il est permis d'attribuer à la tuberculose et il succombe à la suite de symptômes broncho-pneumoniques. A l'autopsie on ne trouve, ni dans les poumons, ni dans l'intestin, trace de tuberculose récente ou ancienne ; on rencontre simplement un noyau circonscrit de pneumonie correspondant aux symptômes notés; mais les ganglions du médiastin, de l'aisselle et du mésentère sont complètement calcifiés. A quoi attribuer cette calcification ?

L'absence de toute lésion pulmonaire et intestinale et l'étendue de la dégénérescence ganglionnaire éloignent l'idée d'une calcification secondaire, comme on l'observe souvent à la suite d'affections tuberculeuses. On doit donc admettre une imprégnation des ganglions par des particules minérales ayant produit secondairement l'inflammation chronique du tissu ganglionnaire Mais ces particules minérales viennent-elles du dehors ou de dedans ? En d'autres termes, introduites de l'extérieur, sont-elles passées sans laisser de trace de leur passage à travers l'épithélium des alvéoles pulmonaires et la muqueuse intestinale, dans les lymphatiques qui se rendent aux ganglions calcifiés; ou sous l'influence d'une dyscrasie calcaire, sont-elles fournies par les éléments minéraux de l'organisme dont la production est exagérée ou l'élimination amoindrie? L'analyse chimique seule pouvait résoudre la question et elle a montré que les ganglions calcifiés contenaient, non les éléments minéraux normaux de l'organisme, mais, en grande quantité, du sulfate de chaux.

Les poussières de sulfate de chaux au milieu desquelles avait vécu le malade, avaient donc traversé l'épithélium alvéolaire et la muqueuse digestive, et s'étaient arrêtées dans les ganglions où elles avaient produit la dégénérescence calcaire. Les symptômes observés de son vivant s'expliquent, d'un côté par les réactions inflammatoires, les compressions périphériques, et, d'un autre côté, par les troubles apportés dans le départ des produits de désassimilation.

Il est bon de faire remarquer que cette pathogénie d'une maladie purement professionnelle implique des mesures prophylactiques faciles à réaliser.

— M. Charpentier a donné la suite d'une observation qu'il a déjà communiquée à l'Académie, au mois de septembre dernier. Il s'agit d'un cas de néphrite infectieuse survenue chez une malade à la fin de la puerpéralité. Il résulte d'expériences poursuivies par M. Charpentier, avec le concours de M. Butte, que la toxicité des urines de cette malade était très grande. Notre collègue est disposé à croire que la puerpéralité n'a joué, chez sa malade, qu'un rôle fort secondaire, et que les accidents qu'elle a présentés sont dûs avant tout à la rétention des produits toxiques de l'urine.

— Nous devons signaler deux autres communications intéressantes, l'une de M. Gayet (de Lyon), sur un essai de restauration de la face, qui montre la tolérance des os pour les corps métalliques appelés à les redresser et à leur servir de support; l'autre, de M. Berger, sur une heureuse application de la greffe osseuse animale au traitement curatif du spina bifida.

— Le Conseil général de l'Association générale des médecines de France, pour répondre au vœu de la dernière Assemblée générale, continue l'étude de la question relative à l'innemnité maladie ; il y a consacré ses deux dernières séances et s'est ajourné à quinzaine pour en poursuivre l'examen. On ne saurait donc, sans injustice, l'accuser, sous ce rapport, de tiédeur.

Un courant d'opinion, qui va en grandissant, tend à substituer le *Droit* par la prévoyance à l'*Assistance charitable*. C'est

très bien pour les institutions nouvelles, comme l'Association médicale mutuelle de M. Gallet-Lagoguey, la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, etc., dans lesquelles, tout étant à créer, il est facile de mettre les statuts et réglements en rapport avec le principe admis. Mais les difficultés surgissent très grandes quand il s'agit d'appliquer le même principe à une institution déjà ancienne, comme l'Association générale des médecins de France qui a eu pour base fondamentale, dès sa création, l'assistance charitable. La réforme réclamée par quelques-uns équivaut à une transformation complète, et une telle transformation, dans les conditions d'existence exceptionnelles de notre Association, serait bien grosse de périls.

Le Conseil général avait le droit et le devoir d'être prudent et de résister à l'entraînement qui précède. Mais il a le devoir aussi de tenir compte de toute aspiration nouvelle qui se produit dans le corps médical. Egalement pénétré de cette double idée de conservation d'une part, et de progrès de l'autre, il a voté, dans sa dernière séance, les deux points fondamentaux suivants d'un projet à l'étude :

1° Création au sein de l'Association, d'une Caisse spéciale destinée au service de l'indemnité maladie;

2° *Droit* à cette indemnité pour tout membre de l'Association condamné à l'inaction par la maladie.

Le mot *droit* figure donc ici, pour la première fois, dans notre institution d'assistance; mais il importe d'en bien établir la signification.

Disons d'abord que la création de la nouvelle caisse ne change rien aux cotisations actuelles. Elle s'ouvre avec un don de 20.000 francs de la Caisse centrale et un de 4.000 francs de la Société centrale, dons qui, il faut l'espérer, en provoqueront de semblables de la part d'autres Sociétés locales. Elle s'entretiendra par des dons et des legs spéciaux et par un versement annuel des Sociétés locales, versement dont la quotité reste à déterminer. Cette Caisse centrale concourra, avec la Caisse particulière de chaque Sociétés locale, au paiement aux intéressés de l'indemnité maladie.

Dans les institutions d'assurance où le taux de la prime est mathématiquement calculé d'après le coefficient de morbidité et le chiffre de l'indemnité à payer, ce dernier chiffre est fixé d'avance, et il est le même toujours et pour tous. Dans notre Association, la cotisation modique de 12 fr. ne permet pas de déterminer d'avance le chiffre de l'indemnité maladie. La caisse centrale et les caisses des différentes sociétés locales chargées de la payer, ne la paieront, il va sans dire, que jusqu'à concurrence de leurs ressources respectives et l'indemnité sera d'autant plus restreinte que le nombre des ayants-droit sera plus considérable. Aussi y a-t-il lieu de penser que, si tous la réclament, pour affirmer leur droit, beaucoup, parmi ceux qui n'en ont pas besoin, sinon tous, la reverseron dans la Caisse. C'est ainsi que les sentiments de confraternité et de solidarité, qui, en somme, trouvent peu à s'exercer dans une institution d'assurance, prendront un nouvel et large essor dans notre Association.

Nous aurons à revenir sur le projet dont il s'agit ; nous avons tenu à faire connaitre dés à présent les efforts du Conseil général, auquel on reproche volontiers mais injustement de s'immobiliser. Devant l'impossibilité d'augmenter la cotisation annuelle, soit uniformément pour tous, ce qui serait en opposition avec les vœux ou les décisions de la plupart des Sociétés locales, soit individuellement pour ceux qui voudraient s'assurer un chiffre déterminé d'indemnité maladie, ce que l'Etat ne permet pas, il a cherché à mettre le fonctionnement actuel de l'Association en harmonie avec les tendances nouvelles. Pour tout esprit non prévenu et exempt d'intransigeance, c'est un notable progrès.

Dr F. de Ranse.

NÉCROLOGIE

M. de Quatrefages.

L'éminent professeur d'anthropologie de notre Muséum d'histoire naturelle est décédé le 13 janvier, dans sa 82e année.

Jean-Louis-Armand de Quatrefages de Bréau était né à Berthezème (Gard) le 10 février 1810. Fils d'un agriculteur, il appartenait à une grande famille protestante qui comprit La Baumelle parmi ses alliés. Il alla étudier la médecine à Strasbourg. Docteur ès sciences et docteur en médecine en 1832, il publia bientôt quelques mémoires fort intéressants sur des sujets d'histoire naturelle : aussi fut-il nommé professeur de zoologie à la faculté des sciences de Toulouse. Il résigna bientôt ses fonctions, afin de poursuivre ses études d'une manière plus complète et vint travailler au Muséum de Paris ; remarqué par le savant Milne-Edwards, il y fut définitivement attaché après une série d'ouvrages importants sur l'embryogénie et les caractères zoologiques des rongeurs, des annélides, etc.; il s'occupa surtout de l'histoire naturelle des races humaines et fut appelé en 1855, à remplacer M. Serres dans sa chaire d'anatomie et d'ethnologie, transformée depuis en chaire d'anthropologie.

M. de Quatrefages avait été élu membre de l'Académie des sciences, en l'année 1852, alors qu'il se trouvait modeste professeur d'histoire naturelle au lycée Napoléon. Peu de personnes savent encore qu'il avait exercé quelque temps la médecine et la chirurgie et qu'il est l'inventeur de plusieurs instruments spéciaux. Il avait été nommé membre associé libre de l'Académie de médecine en 1883, réparation d'un oubli dont il était la cause volontaire.

Savant remarquable, écrivain distingué, travailleur laborieux et consciencieux, sa réputation était européenne, et il était associé à toutes les Sociétés scientifiques importantes de l'Europe. Sa courtoisie, son obligeance et son esprit indépendant et honnête dans les concours et commissions seront attestés par tous.

Élève de M. de Quatrefages et honoré de sa bienveillance depuis de longues années, je ne puis qu'enregistrer aujourd'hui le douloureux événement et prendre part avec sa famille, à la douleur qui vient de la frapper. — Je me réserve de faire connaître prochainement à nos lecteurs la vie et les travaux du savant que la science et ses amis viennent deperdre.

Dr A. Dureau.

M. Abel Joire.

Le 1er janvier est mort à Lille, M. le Dr Abel Joire, professeur honoraire de Thérapeutique à la Faculté de médecine, décédé dans sa 76e année.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité d'hygiène publique de France.
Séance du 17 janvier.

M. Monod déclare au comité que le ministre de l'intérieur n'a pas encore reçu de renseignements sur la conférence internationale de Venise. L'ordre du jour de cette conférence porte : 1° le passage en quarantaine du canal de Suez par les navires anglais ; 2° la réorganisation du conseil sanitaire d'Alexandrie. Les délégués anglais demandent que les navires anglais déclarant qu'ils se rendent directement en Angleterre, traversent librement le canal, même s'ils sont infectés de choléra. On dit même qu'ils se plaignent de n'avoir pas dans le conseil d'Alexandrie une influence suffisante. Les délégués de la France soutiendront que le conseil d'Alexandrie doit être vraiment international, que pour cela il doit être indépendant et que, par conséquent le nombre des représentants de l'Égypte, qui sont en fait des représentants de l'Angleterre, soit diminué. Ils soutiendront surtout qu'en aucun cas un navire infecté du choléra ne doit être admis à entrer dans la Méditerranée.

Une vingtaine de cas de fièvre typhoïde sont signalés à Clermont-Ferrand. L'épidémie est attribuée à l'addition d'une eau contaminée dans du lait.

La grippe atteint dans de larges proportions la population civile et militaire de Dunkerque. On signale de nombreux décès à Cherbourg. La mortalité a doublé à Marseille et dans ces derniers jours elle paraît même avoir triplé (quatre-vingt-douze décès en un jour au lieu d'une trentaine).

M. Bertillon dit que la grippe ne fait pas de grands ravages à Paris. La semaine dernière la mortalité n'a été que de 150 à 200 décès supérieure au nombre normal.

Le recensement de 1891. — Le *journal Officiel* a publié le rapport du ministre de l'intérieur sur les résultats du recensement de la population française de l'an dernier. L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'exposé de quelques points statistiques de ce document

La loi militaire et le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris. — On sait que la loi militaire permet aux élèves en médecine de ne faire qu'une année de service à la condition que, au cours de leur 26e année, ils aient obtenu leur diplôme de docteur on le titre d'interne nommé au concours dans les hôpitaux des villes pourvues d'une Faculté. A défaut par eux de remplir l'une ou l'autre de ces obligations, ils doivent compléter leurs trois ans de service.

Dès la promulgation de la loi, le Conseil de surveillance des hôpitaux de Paris, pour que les étrangers et les réformés du service militaire n'aient pas sur les candidats valides un avantage qui eût été parfaitement injuste, a fixé à 25 ans la limite d'âge pour le concours. On ne saurait blâmer cette mesure, mais elle a comme un effet rétractif sur nombre de candidats actuels, qui avaient commencé de préparer leur concours avant la promulgation de la loi, c'est-à-dire avant qu'il ne fût question d'abaisser la limite d'âge. Aussi, ces derniers ont-ils adressé au Conseil de surveillance de l'Assistance publique une pétition à l'effet d'ajourner la mise en vigueur de la mesure dont il s'agit.

Mais ce n'est là qu'un petit côté d'une question plus grave. Il est certain que ce ne sont pas seulement les deux ou trois prochaines promotions de l'internat qui auront à souffrir de la nouvelle limite d'âge : c'est l'internat en général dont l'avenir est compromis par la loi militaire qui ne laisse pas aux candidats le temps nécessaire pour approfondir leurs études. Il faudrait, ou reculer jusqu'à 28 ans le délai que la loi accorde aux élèves en médecine pour obtenir, soit leur diplôme de docteur, soit le titre d'interne, ou les autoriser à ne faire leur année de service militaire qu'après avoir terminé leur études. Dans ce dernier cas, au lieu de perdre une année à faire l'exercice du fusil, ils l'emploiraient plus utilement à se mettre au courant de tout ce qui concerne les fonctions de médecin militaire qu'ils pourront avoir à remplir plus tard. Nous nous joignons donc à tous nos confrères de la Presse, qui se sont déjà occupés de la question, pour encourager un mouvement ayant pour but d'obtenir, en faveur de l'internat, une modification à la loi militaire.

L'exercice illégal de la médecine en Belgique. — Nous n'avons rien à envier à nos voisins pour l'exercice illégal de la médecine. Un charlatan indien exploite en ce moment, comme on l'a vu rarement, la naïveté des populations et, à côté des prétendues guérisons, aurait déjà fait des victimes. La Commission médicale s'est adressée, pour mettre fin à ces abus, aux autorités compétentes ; elle a même dénoncé les faits au ministre. Tout le monde a fait sourde oreille, et notre charlatan continue librement à remplir son escarcelle au détriment des naïfs, dont le nombre, chacun le sait, est partout considérable.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Cours d'anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, a commencé ce cours le 11 janvier 1892, à 1 heure (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : les Articulations.

Facultés de médecine. — Par arrêté en date du 7 janvier 1892, le nombre des places d'agrégés près les facultés de médecine mises au concours par l'arrêté du 13 juin 1891 est porté de quarante-six à quarante-huit.

Ces deux nouvelles places, une pour la chimie, une pour la pharmacie, seront comprises dans la section des sciences physiques et seront réservées à la faculté de Lyon.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Ont été élus, le 11 janvier 1892, membres du Conseil général des Facultés de Lille, pour y représenter la Faculté de médecine, M. de Lapersonne, professeur de clinique ophthalmologique, et M. Arnould, professeur d'hygiène.

Légion d'honneur. — Sont promus :
Commandeur. — M. le Dr Charcot (de Paris).
Officier. — MM. les Drs Tillaux, Dieulafoy et Mène (de Paris).

Société de chirurgie de Paris. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 20 janvier à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Terrier, Président ;
2° Compte-rendu des travaux de l'année 1891, par M. Richelot, Secrétaire annuel ;

3° Notice sur la vie et les travaux de M. Ricord, par M. Ch. Monod, Secrétaire général ;

4° Proclamation des prix pour l'année 1891.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de novembre et décembre, année scolaire* 1891-1892. — Thiroux : Contribution à l'étude du traitement médical chirurgical de la pleurésie avec épanchement. — Etourneau : De l'anesthésie chirurgicale dans les hôpitaux de la marine. — Pervès : Contribution à l'étude comparée de la syringomélie et de la maladie de Morvan. — Rousseau : Du nœvus kératosique. — Defressine : Contribution à l'étude du traitement des affections à épanchement du genou (ponction et lavage). — Lamacq : Étude critique du sens musculaire. — Auréjan : Études sur les hématomes musculaires. — Sarrat : Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne. — Souis : Contribution à l'étude des otomycoses. — Aldebert : Contribution à l'étude du prostatisme. — Aubry : Contribution à l'étude du rein kystique. — Tréhen : Du diagnostic pathogénique des épanchements sanguins de la plèvre. — Maillu : Des injections intra-veineuses salines comme traitement de l'anémie aiguë. — Talayrach : De la cystite tuberculeuse et de son traitement par l'iodoforme. Boury : Des souffles cardiaques anémiques Pathogénie et étiologie. — Bon : Sur la prophylaxie des milieux Scolaires considérés comme infectieux. — Legendre : Du Spasme de l'œsophage. — Boy : Contribution à l'étude du traitement des pieds bots varus équins congénitaux. — Pillion : De l'huile d'olive en thérapeutique. — Allain : Contribution à l'étude de l'ichthyose congénitale. — Lenoir : Contribution à l'étude de la fracture de la rotule chez les enfants. — Chabanne : Contribution à l'étude de l'hémiatrophie linguale. — Marthieu : De l'extension continue combinée avec l'appareil plâtré (son application aux fractures du fémur et aux affections articulaires de la banche). — Vizerie : De l'exploration de l'appareil auditif. — Lebrosne : Etude clinique de la gangrène consécutive à la balanopostbite chancrelleuse. — Guérin : Des engelures anormales. — Alliot : Contribution à l'étude de la Ruhéole. — Sérégé : Contribution à l'étude de la Pathogénie de l'ophtalmie sympathique. — Rosiers : Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie d'origine nucléaire.

A Paris. — Situation médicale agréable, avec 12.000 francs minimum de fixe, garanti par traité, 5 heures de cabinet (affaires honorables), pas de frais, à céder ou à échanger, avec un confrère du midi ou d'Algérie-Tunisie, pour position équivalente. S'adresser à M. Jean-Louis, 18, rue de la Michodière, Paris.

Chemin de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie P. L. M. mettra en marche, le 3 février prochain, au départ de Paris, une grande excursion sur l'Algérie et la Tunisie.

L'itinéraire comprend : Marseille, Alger (excursions à Sidi-Ferruch et à la Trappe de Staouéli) Blidah, les gorges de la Chiffa, Bougie, les gorges de Chadet et Akhra, Sétif, Constantine, El Kantara, Biskra (excursion à l'oasis de Sidi-Obka), Batna (excursion aux ruines romaines de Tingad et de Lambessa), Hammaun, Meskoutine, Bône, Tunis (excursion au Bardo, Carthage, Le Marsa), la Goulette, Marseille, retour à Paris le 3 mars 1892.

Prix : 1re classe, 823 fr. 75 — 2e classe, 760 fr. 95.

Ces prix comprennent : 1° les transports en chemin de fer, bateaux à vapeur et voitures ; 2° les repas et le séjour dans les hôtels ; 3° la visite des monuments ; 4° les soins des guides et interprètes de l'Agence des voyages économiques.

On souscrit jusqu'au 27 janvier aux guichets de la gare de Paris-Lyon, à ceux des bureaux de ville de la Compagnie à Paris et à ceux de l'Agence des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et 10, rue Auber, à Paris. L'Agence répond par le retour du courrier à toute demande de renseignements.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 3 AU 9 JANVIER 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 222. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 86. — Bronchite aiguë et chronique, 131. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 213. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 55. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 49. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 240. — Causes inconnues, 15. — Total 1370.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Agenda médical pour 1892, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le Dr Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Memorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales ; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc ; format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à deux jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse de portefeuille : 3 fr. — Le même à un jour page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à deux jours par page : 1 fr. 75 ; à un jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en 6 cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr.

Ch. Poussielgue, libraire, 15, rue Cassette à Paris, et Danel, libraire à Lille.

Essai de sigillographie. — Saint Luc, patron des anciennes Facultés de médecine, par le Dr Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8° de 36 pages avec XI figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE EN 1891 SUR LES TROUPES DE LANDRECIES, MAUBEUGE ET AVESNES.

Par le Dr Jules Arnould,

Médecin-Inspecteur de l'armée, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine.

L'histoire pathologique du 1er corps d'armée a enregistré, pour 1891, un fait très insolite et assez inattendu dans la région, une épidémie formidable de fièvre typhoïde, localisée dans les trois garnisons de Landrecies, Maubeuge et Avesnes, qui forment un triangle étroit, à l'est du territoire de ce commandement.

L'étiologie de cette épidémie ne m'a pas paru aussi simple que celle de beaucoup d'autres épidémies de fièvre typhoïde, dont on a parlé dans ces derniers temps; j'ai cru y démêler l'intervention, dans une large mesure, de l'homme lui-même comme agent de propagation du contage, à la faveur de certaines conditions préparantes Enfin, il a été institué, dans ces graves conjonctures, une prophylaxie qu'il peut être utile de mettre en vue.

I. — Relation de l'épidémie.

Les trois épidémies de Landrecies, Maubeuge et Avesnes me paraissent n'en faire qu'une. Je montrerai le trait d'union qui existe entre ces manifestations successives.

1° *Landrecies*. — La garnison de Landrecies, (4.500 habitants), au 1er janvier 1891, était formée du 3e bataillon du 84e régiment d'infanterie, 396 hommes, réparti dans les trois casernes de la place, 1re et 2e compagnies à Biron, 3e à Dupleix, 4e à Clarke; cette dernière, séparée des deux autres par toute l'étendue de la ville.

Les troupes, assez éprouvées par la fièvre typhoïde en 1879, n'en avaient pas eu un cas depuis quatre ans. La population civile était également indemne.

Le 9 janvier 1891, le soldat P., 23 ans, 14 mois de service, sortant de prison pour faute d'ivrognerie, se présenta à la visite, fut reconnu atteint de fièvre typhoïde et couché à l'infirmerie-hopital de la caserne Biron, paraissant trop malade pour être évacué sur l'hôpital militaire de Maubeuge, comme cela se fait d'habitude, à cause de l'insuffisance absolue de l'hospice local. Il mourut le 28 janvier.

FEUILLETON

NATICE SUR LA VIE ET LES TRAVAUX DE RICORD

par M. Ch. Monod
Secrétaire général de la Société de chirurgie (1).

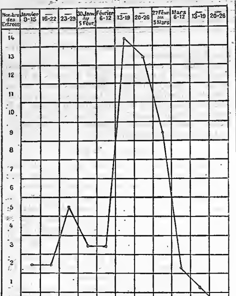
Philippe Ricord naquit à Baltimore (Maryland, Etats Unis), le 10 décembre 1800. Originaire de Grasse (Apes-Maritimes), sa famille était depuis longtemps établie à Marseille, où son grand-père, médecin des hôpitaux de ville, avait exercé avec succès la profession que devait illustrer son petit-fils. Le père de Ricord ne fut pas médecin; il se voua au commerce et occupait un rang honorable parmi les armateurs de Marseille. Il serait sans doute resté dans cette ville sa vie durant s'il n'avait été contraint d'émigrer. Ricord aimait à raconter les circonstances de la fuite de ses parents. On était sous la Terreur. Un soir, où Ricord père était allé au bal avec sa famille, on vint l'avertir qu'il était inscrit sur la liste des suspects et que son arrestation aurait lieu le lendemain matin, peut-être même dans la nuit. Son parti est vite pris. Il ne rentre pas dans sa maison, se dirige en toute hâte avec les siens, tous en habit de soirée, vers le port et monte dans une barque, qui le conduit en rade rejoindre un bateau qu'il savait en partance. Le lendemain, au point du jour, il faisait voile pour l'Amérique.

Madame Ricord, mariée avant quinze ans, avait alors un fils et trois filles. Trois autres enfants naquirent en Amérique, une fille et deux fils. L'un de ceux-ci, né en 1798, était Alexandre Ricord, qui suivit aussi la carrière médicale et fut correspondant de notre Académie de médecine ; l'autre était Philippe Ricord, notre collègue. Ces enfants, que deux années séparaient à peine, furent élevés ensemble sous la

(1) Nous extrayons de cette intéressante notice les détails biographiques relatifs aux débuts et à la fin de la carrière si bien remplie du maître regretté.

Le 14 janvier, un jeune soldat; le 18, un autre jeune soldat et un homme de quatorze mois de service étaient, à leur tour, reconnus en puissance de fièvre typhoïde et évacués sur l'hôpital de Maubeuge, comme le furent dès lors tous les typhoïsants de Landrecies.

Épidémie de fièvre typhoïde à Landrecies.



L'épidémie se constitua assez lentement, comme le montre la courbe que j'en ai tracée ci-dessus ; elle eut son acmé dans la semaine du 13 au 19 février, et son dernier cas le 16 mars. Le bataillon avait quitté Landrecies le 27 février.

En tout, elle avait donné 54 cas hospitaliers, 9 cas légers traités à l'infirmerie, et 7 décès.

Caserne Biron		Caserne Dupleix	Caserne Clarke
1re Compagnie	2e Compagnie	3e Compagnie	4e Compagnie
21 cas graves	9 cas graves	4 cas graves	20 cas graves
»	4 légers		5 légers.

Les jeunes soldats (2 à 3 mois de service) ont fourni 33 entrées aux hôpitaux; les soldats de plus d'un an 21 entrées (dont 5 de sous-officiers).

La population civile ne participe que très faiblement à l'épidémie (une demi-douzaine de cas).

2° *Maubeuge.* — La place de Maubeuge est occupée par les portions centrales du 145e régiment d'infanterie et du 2e bataillon d'artillerie de forteresse, un peu plus d'un millier d'hommes. Sauf une faible manifestation à la fin de 1889, la fièvre typhoïde, depuis longtemps, n'a pas été sévère à cette garnison. En 1890, il n'y en a pas eu un seul cas sur la troupe. La population civile semble avoir joui de pareille immunité.

Le 145e d'infanterie et le 2e bataillon d'artillerie de forteresse, se partagent la caserne Joyeuse, à l'extrémité haute de la ville. Le 145e dispose seul de la caserne Wattignies, à l'extrémité opposée, et a des détachements dans les forts.

Il vient d'être dit que le premier typhoïsant évacué de Landrecies sur l'hôpital de Maubeuge fut transporté le 14 janvier. Le 31 du même mois le sergent L..., du 145e d'infanterie entrait à cet établissement avec la fièvre typhoïde. Deux autres typhoïsants suivirent, les 4 et 5 février ; il y en eut un 4e le 6 ; 3 le 7. Le 20 février, il en était entré 13, tous du 145e, 9 provenant de Joyeuse, 2 de Wattignies et 2 du fort de Cerfontaine.

Pendant plus d'un mois, il n'y eut plus rien. Puis, à la fin de mars et en avril, reparurent quelques cas, dont 3 appartenaient au bataillon de forteresse, réfractaire antérieurement. Le dernier est du 7 mai.

---

direction de leur frère aîné, de vingt ans plus âgé qu'eux, devenu, par la mort de leur père, le véritable chef de la famille.

Les réfugiés français étaient nombreux, à cette époque, aux Etats-Unis. La plupart étaient sans ressources. Un homme de bien, royaliste passionné, mais qui eut le mérite, rare à toute époque, de conformer sa conduite à ses convictions politiques, le baron Hyde de Neuville, était parvenu à se soustraire aux recherches de la police de Bonaparte et avait, lui aussi, gagné les Etats-Unis. Il eut l'idée de venir en aide à ses compagnons d'infortune, en leur procurant les moyens de donner quelque instruction à leurs enfants, et fonda à New-York, sous le nom d'*Economical scholl*, une école où les fils des réfugiés français étaient reçus à des conditions très modestes. Cette institution eut un plein succès. Elle comptait en 1818 plus de deux cents élèves, parmi lesquels les deux jeunes Ricord.

Il ne paraît pas cependant que les deux frères aient longtemps profité de ce bienfait. Leur intruction primaire achevée, ils furent retirés de l'école. Il fallait vivre, gagner le pain de chaque jour, le leur, celui de leur mère veuve et de leurs sœurs. Le frère aîné, reçu docteur et exerçant sa profession avec activité, ne pouvait suffire à tout.

Philippe Ricord accepta pour venir en aide aux siens, les positions les plus humbles. Il entra successivement chez un boulanger, où il fut préposé à la vente ; dans un bazar, où il émerveilla son patron par la façon dont il sut « faire l'article » ; enfin chez un pharmacien, dont il améliora la situation en apportant plus de soin à l'apparence extérieure des médicaments. Partout il faisait preuve de zèle, en même temps que d'ingéniosité et de bon goût. Partout aussi, l'estimant à sa valeur et désirant le conserver dans leurs maisons, ses patrons lui faisaient des propositions d'avenir. Il n'eu accepta aucune; son ambition était autre. En s'engageant, il spécifiait toujours qu'il aurait ses soirées libres ; il les consacrait, ainsi qu'une bonne partie de ses nuits, au travail. Il

En tout, cette ébauche épidémique est constituée par 20 cas. Les habitants de Maubeuge n'y participèrent en aucune façon.

Je ne donnerai pas d'autres détails sur cette épidémie embryonnaire, qu'il fallait cependant comprendre dans cet exposé, à cause de ses rapports peu douteux avec les accidents de Landrecies et parce que, sous l'empire de l'habitude et de la nécessité, l'évacuation des typhiques de Landrecies sur Maubeuge, que le directeur du service de santé n'avait point établie, mit en évidence, chez les habitants et dans la garnison normale de Maubeuge, un défaut de réceptivité typhoïde que le même directeur put ensuite mettre à profit, légitimement et avec succès.

3e *Avesnes*. — En février 1891, l'unique caserne (Chémerault) de la ville d'Avesnes (7,000 hab.) renfermait les 1er et 2e bataillons et la Section hors rang du 84e régiment d'Infanterie, 900 hommes en moyenne.

Depuis 1881, année marquée par une épidémie de fièvre typhoïde qui avait occasionné 102 cas, la garnison n'avait éprouvé qu'un léger retour offensif de cette maladie, à la fin de 1886, avec 12 cas. En 1887, il n'en était signalé que 3; en 1888, 3; en 1889, 1; en 1890, aucun.

La population civile ne paraissait pas être plus inquiétée.

Fin janvier 1891, on fit venir de Landrecies, où régnait la fièvre typhoïde, à la portion centrale du régiment le sieur Ch..., jeune soldat pour être élève-clairon. D'ailleurs, comme on le soupçonne, les relations matérielles restaient constantes entre le bataillon de Landrecies, quoique infecté, et la portion principale d'Avesnes.

Le jeune soldat en question entre, le 12 février, à l'hospice d'Avesnes, avec la fièvre typhoïde.

Le 10 mars suivant c'est-à-dire 26 jours après, le même hôpital recevait le premier cas de la vaste liste qui ne devait être close qu'en septembre.

L'épidémie militaire d'Avesnes, que l'épidémie civile a copiée, nous a-t on dit, en la suivant à courtes distances, s'est déroulée en trois phases ou poussées successives et distinctes : la première, en s'accusant lentement, sans arriver jamais à une grande acuité, du 10 mars au 24 avril, avec 23 entrées et 6 décès : — la seconde, séparée de la précédente par une accalmie complète de 29 jours, un peu plus intense, ayant régné du 23 mai au 8 juillet, avec 29 entrées et 3 décès; — enfin, après un calme absolu de quinze jours, la troisième période du 24 juillet au 15 septembre, extraordinairement violente, entraîne 261 entrées aux hôpitaux d'Avesnes ou de Maubeuge et 19 décès.

Je comprends, dans ces 261 entrées, 13 malades du 3e bataillon du 84e, resté indemne depuis le mois de mars, mais qui vient, en juillet, prendre part aux *manœuvres de* garnison avec le reste du régiment. La 3e et la 4e Compagnies de ce bataillon avaient même passé la nuit du 21 au 22 juillet à Avesnes. A partir du 14 août, ce bataillon revit 10 cas sur la 3e compagnie, peu touchée en février, 2 sur la 4e et 1 à la 2e. Il importe de noter cette preuve que la réceptivité du 3e bataillon, celle surtout de la 3e compagnie, n'avait pas été épuisée, à la bourrasque de février.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des cas par bataillons, compagnies et période. Il a paru inutile d'y joindre l'effectif des compagnies, parce que dans le 1er trimestre de l'année, il différait à peine d'une compagnie à l'autre et n'était que d'une ou deux unités au-dessous ou au dessus de 100 hommes par compagnie. La section hors rang comptait 64 hommes au 1er mars et s'est élevée à 86 en juin.

	1er BATAILLON				2e BATAILLON				3e BATAILLON				Section hors rang	TOTAUX
	1re Cie	2e Cie	3e Cie	4e Cie	1re Cie	2e Cie	3e Cie	4e Cie	1re Cie	2e Cie	3e Cie	4e Cie		
Landrecies	»	»	»	»	»	»	»	»	21	9	4	20	»	54
Avesnes : 1re période	5	2	3	1	3	3	4	2	»	»	»	»	»	2[illegible]
— : 2e période	11	3	1	2	3	1	4	3	»	»	»	»	»	28
— : 3e période	27	31	25	25	35	22	29	25	»	1	10	2	19	261
Totaux	43	36	29	28	41	36	37	30	21	10	14	22	19	36[illegible]

En décomposant d'après la *durée des services*, on obtient le tableau ci-après :

---

avait à cœur de compléter son instruction et de se mettre en état d'embrasser une profession libérale. Déjà sans doute il songeait à la médecine.

Il y préludait en s'occupant avec ardeur d'histoire naturelle, sous la direction de son frère aîné, J.-B. Ricord. Celui-ci, naturaliste distingué, n'hésitait pas, pour poursuivre ou compléter ses recherches, à faire aux États-Unis, au Canada, en Virginie, dans l'Archipel Colombien, de véritables voyages scientifiques. Lorsque ses jeunes frères furent en âge de l'aider, il les emmena avec lui. C'est dans une de ces excursions qu'ils firent la connaissance du célèbre naturaliste Lesueur.

Cette rencontre eut sur la fortune de Ricord une influence capitale.

Le baron Hyde de Neuville, que nous voyons apparaître pour la seconde fois dans la vie de Ricord, avait quitté les États-Unis en 1814, lors de la chute de Napoléon ; il y revint en 1816, non plus comme réfugié politique, mais comme ministre de France. Il eut l'idée de profiter de la haute situation qu'il occupait en Amérique pour envoyer à Paris certains spécimens (oiseaux, reptiles et poissons) qui manquaient à notre Muséum. Il s'entendit à ce sujet avec Lesueur, qui accepta cette mission et pria les frères Ricord de l'aider à la remplir.

Lorsque la collection fut prête, Lesueur proposa à l'ambassadeur de France de confier aux deux jeunes Ricord, qu'il savait désireux de gagner Paris, le soin d'accompagner le précieux envoi. Hyde de Neuville saisit avec empressement cette occasion d'être utile à des compatriotes dont il connaissait la valeur. Il leur donna, en même temps que les fonds nécessaires au voyage, une recommandation pour Cuvier.

Ricord avait vingt ans lorsqu'il arriva à Paris. Les commencements furent pénibles. Les deux frères, sur la recommandation d'Hyde de Neuville, avaient été nommés conservateurs des collections qu'ils avaient apportées, mais les émoluments attachés à cette place ne suffisaient pas pour les

	Moins d'un an de service.	Plus d'un an et gradés.	Officiers.	Totaux.
Landrecies...	39	25	»	64
Avesnes :				
1re période..	19	4	»	23
2e — ..	16	12	1	29
3e — ..	110	138	3	251
Totaux......	184	179	4	367

D'où il ressort que les jeunes soldats se sont montrés plus sensibles au début; mais que les anciens ont de plus en plus participé à l'épidémie, à mesure qu'elle durait. En fait, les sous-officiers et les officiers n'ont guère été atteints que dans la troisième poussée épidémique. Preuve, une fois de plus, que les dispositions individuelles sont décisives vis-à-vis de la réussite de l'infection typhoïde.

En tout, et pour toutes les périodes, nous relevons au 84e régiment d'infanterie 370 entrées et 35 décès. Le chiffre des entrées est un peu au-dessous de la morbidité réelle.

Il convient d'ajouter au bilan de cette troisième poussée épidémique 11 cas de fièvre typhoïde observés parmi les infirmiers militaires du détachement de l'hôpital de Maubeuge, où furent soignés la plupart des typhiques du 84e, 1 cas intérieur et 3 autres survenus dans un escadron du 4 régiment de cuirassiers qui, en raison des grèves, avait séjourné quelque temps à Avesnes, en juin (sur ces 3 typhoïsants, 1 décès).

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

NOTE SUR LA GOUTTE SATURNINE

L'intéressant mémoire publié par MM. Lemoine et P. Joire dans les derniers numéros de la *Gazette médicale* (1), nous suggère quelques courtes réflexions, que nous demandons la permission d'exposer.

On sait que la goutte est extrêmement rare chez les campagnards. Pour notre part, depuis treize ans que nous pratiquons dans la clientèle rurale, nous n'en avons pas observé un cas, en dehors des buveurs de bière qui habitent la petite ville. Le paysan reste réfractaire à la goutte. Il mange peu de viande, se nourrit de légumes et de soupe, et ne boit trop de vin que de temps à autre, les jours de foire. Donnons à ce paysan une profession qui expose à l'intoxication saturnine. Deviendra-t-il goutteux ? Il aura des coliques de plomb, de la dyspepsie, de l'anémie, de la paralysie, de l'hystérie, de la neurasthénie, de la néphrite, de la myalgie et de l'arthralgie saturnines dont la nature sera démontrée par le liseré gingival : il présentera une copie fidèle de tout le saturnisme symptomatique, il ne sera pas atteint de goutte.

Ce fait bizarre, nous l'avons noté dans les conditions suivante : les habitants de nos montages, ceux du haut Jura en particulier, exercent la profession de lapidaires. Ils taillent leurs pierres fines sur des roues en plomb garnies d'émeri; l'usure produite par le frottement dégage un nuage de particules plombiques dont l'absorption rend l'intoxication fatale. Certains individus échappent à l'empoisonnement de père en fils par une sorte de préservation familiale : d'autres tombent malades dès leurs premiers mois de travail. Les ouvriers atteints se chiffrent par centaines et se plaignent de tous les accidents saturnins possibles, excepte de la goutte.

Les Drs Perrin de Sainte-Claude, Fieux de Lajoux soignent depuis de nombreuses années des coliques et des néphrites saturnines; pas plus que nous, ils n'ont vu de goutteux et découvert de tophus.

Le saturnisme à lui seul, ne semble donc pas pouvoir créer la goutte. On ne devient pas goutteux parce qu'on est saturnin; entre le saturnisme et la goutte apparaît un intermédiaire dont l'absence rompt le lien qui unit le poison à la maladie.

Cet intermédiaire, quel est-il ?

Pour notre éminent confrère, M. A. Robin (1), on le trouvera dans l'insuffisance fonctionnelle du foie. Murchison (2), également, avait adopté cette opinion, qui nous semble être l'expression de la vérité.

De par leur hygiène, les lapidaires, montagnards sobres de

(1) De la goutte saturnine par G. Lemoine et P. Joire (de Lille) *Gazette médicale*, 2, 9, 16 janvier 1891.

(1) Communication orale.
(2) Murchison. Leçons clin. sur les maladies du foie. Trad. J. Cyr, 1878, p. 572. Delahaye, édit.

faire vivre tous deux. Ph. Ricord, pour augmenter ses ressources, utilisa sa connaissance de l'anglais; il donna des leçons dans quelques pensionnats du quartier latin, et traduisit pour le chevalier de Fercussac des ouvrages d'histoire naturelle.

Hyde de Neuville, de retour à Paris, touché de son infortune, lui proposa une place de voyageur naturaliste attaché à l'ambassade. C'était le pain assuré et une situation en rapport avec ses goûts. Il n'accepta pas cependant : il aurait été obligé de quitter Paris et de renoncer à la carrière médicale.

Devenir médecin, comme son grand-père, comme son frère aîné, demeurait le véritable objectif de Ricord. Un an avant son départ d'Amérique, il avait commencé, sous la direction du Dr Roussean, des études en ce sens. Il voulait les continuer. Aussi suivit-il avec empressement le conseil de Cuvier, qui l'engageait à entrer au Val-de-Grâce dans le service de Broussais, alors en pleine gloire. Il n'y resta pas longtemps; trois semaines plus tard, il était admis en qualité d'élève externe dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu.

Ce fut pour Ricord une époque de travail acharné. Retenu par l'hôpital le matin, par ses leçons dans la journée, il ne lui restait que ses soirées et ses nuits pour le travail. Grâce à un savant entraînement, il arriva à raccourcir le temps qu'il passait dans son lit et put bientôt, sans compromettre sa santé, ne donner que cinq heures sur vingt-quatre au sommeil.

De tels efforts ne tardèrent pas à avoir leur récompense. Le 4 décembre 1822, Ricord était nommé, au concours, interne des hôpitaux, le douzième de sa promotion.

Il fut d'abord attaché au service de Dupuytren ; mais après peu de temps il dut se retirer, voici dans quelle occasion : Dupuytren venait d'inventer son entérotome pour la section de l'anus contre nature ; il pria son interne de rechercher ce qui avait été fait à l'étranger sur ce sujet. Ricord n'eut pas

viande et buvant peu, échappent aux troubles hépatiques. Ajoutons qu'ils n'ont pas à redouter cette faiblesse innée du foie qui souvent, est un legs héréditaire. La rétraction du foie pendant la colique de plomb constitue sans doute un phénomène passager, qui ne trouble pas profondément le fonctionnement de l'organe, puisque l'urobiline, ce pigment de l'insuffisance hépatique, nous a paru extrêmement rare dans les urines des lapidaires. Eût-il existé, que ce pigment eût pu être rapporté à la destruction des globules rouges, si active dans l'anémie saturnine (1).

Certes, nous ne doutons pas que le saturnisme ne doive être compté comme un des facteurs étiologiques de la goutte; mais, livré à ses propres ressources, il ne semble pas capable d'en provoquer l'éclosion.

Soit que les troubles fonctionnels du foie donnent naissance à une quantité exagérée d'acide urique (Murchison), soit qu'enlevant à l'organe la propriété de retenir certains poisons, ils laissent passer dans le sang des leucomaïnes, telles que la xanthine et l'hypoxanthine, dont la parenté chimique avec l'acide urique est démontrée, toujours est-il que ces troubles fonctionnels, héréditaires ou acquis, semblent la condition indispensable qui permettra au plomb de faire de la goutte.

Dr Ch. FIESSINGER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

LA PIPÉRAZINE COMME DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

(*Suite*) (2).

Heubach (*Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn und Sexual-organe*, T. III, p. 195), a traité par la pipérazine deux malades affectés de la gravelle urique. L'un d'eux, âgé de 37 ans, avait eu précédemment de l'albuminurie. Au commencement de l'année dernière (1891), on l'avait traité par les injections de tuberculine, pour une tuberculose laryngée. Au mois de février, il avait de nouveau eu de l'albuminurie. Au mois de mai, il avait été pris de douleurs dans la région des reins et de la vessie, et dans l'urèthre. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital il avait eu une violente attaque de coliques néphrétiques, qui avait laissé à sa suite des douleurs lombaires et uréthrales. Il avait de la dysurie et un ténesme incessant.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait, à l'examen de son urine, des sédiments pariétaux très abondants et un peu d'albumine. On lui fit prendre de la pipérazine, toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'une solution à 1/2 0/0. Le troisième jour, le malade ressentit de violentes douleurs lombaires à gauche, avec recrudescence au moment d'une garde-robe. Peu d'instants après le malade rendit en même temps qu'un peu d'urine sanguinolente, une concrétion urique, du volume et de la forme d'une incisive, et qui pesait 0 gr. 395. La surface de cette concrétion était érodée d'une façon très nette. A partir de là, le malade se trouva débarrassé de ses incommodités et de ses souffrances.

L'autre malade, femme d'un médecin, rendait du sable par les urines depuis des années. Elle était sujette aux coliques néphrétiques. Son urine contenait souvent du sang. Depuis le commencement du mois de septembre dernier, on a fait prendre à la malade de la pipérazine : solution à 1/2 0/0, une cuillerée à bouche toutes les deux heures. Dix jours après, elle a rendu par les urines, pendant plusieurs jours, une grande quantité de petites concrétions arrondies, formées par de l'acide urique. Depuis ce temps, elle n'a plus eu d'accès de coliques, plus d'hématurie.

M. Brick (*Wiener Medizinische Blaetter*, 1890, nos 49 et 50) a eu recours à l'administration interne de la pipérazine dans 10 cas d'affections diverses, dont 1 cas de lithiase rénale, 2 cas de calculs rénaux uriques et 4 cas où les urines déposaient de grandes quantités d'acide urique.

Le cas de lithiase rénale concernait un professeur âgé de 65 ans, qui, depuis l'âge de 20 ans, s'était aperçu que ses urines laissaient déposer de l'acide urique en grandes quantités. Au printemps de l'année 1890, il avait subi l'opération de la litholapaxie. On lui avait broyé un calcul de 2 à 3 centimètres de diamètre. Nouvelle opération au mois de septembre 1891; le calcul broyé cette fois avait la dimen-

(1) Hayem. Le sang, p. 902.
(2) Voir le numéro précédent.

---

de peine à établir que le Dr Physik, de Philadelphie, avait, en 1809, exécuté une opération analogue à celle dont le chirurgien français avait eu l'idée en 1813. Il avait inscrit ces mots en tête de son travail :

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

Dupuytren ne lui sut aucun gré ni de sa découverte ni de sa franchise. Il eut avec lui une vive discussion, à la suite de laquelle Ricord quitta l'Hôtel-Dieu.

Il passa à la Pitié dans le service de Béclard, qui peu après (1825), mourait et était remplacé par Lisfranc.

Le 5 juin 1826, Ricord soutenait sa thèse sur *Diverses propositions de chirurgie* et était reçu docteur en médecine. Ce titre ne lui suffisait pas. Il rêvait de concourir pour les hôpitaux et d'arriver, à son tour, à être compté parmi les maîtres. Mais aucune place n'était vacante, aucun concours n'était annoncée. Il dut en attendant, pour vivre, se résigner à s'éloigner de Paris.

Il s'installa à Olivet près d'Orléans, où il mena, pendant un an, la rude vie de médecin campagnard. C'était là encore un souvenir de jeunesse qu'il aimait à rappeler dans ses vieux jours. Il faisait ses visites à cheval, monté sur une maigre et vieille haridelle, abandonnée par les cosaques lors de l'invasion; pauvre bête qui ne méritait pas assurément le nom de *Fend l'air*, que Ricord lui avait donné par ironie. La sage allure du coursier était au reste précieuse au cavalier, qui consacrait au travail les longues chevauchées à travers la campagne. Jamais il ne partait sans avoir dans les fontes de sa selle, avec quelques médicaments d'urgence, des livres ou ses notes d'étudiant qu'il consultait en route. Il savait que, d'un jour à l'autre, il pouvait être rappelé à Paris par l'annonce d'un concours pour le Bureau central et il se tenait prêt à affronter la lutte.

Ce jour tant désiré arrrive enfin. Ricord abandonne aussitôt sa clientèle naissante et, après de brillantes épreuves, est nommé chirurgien du Bureau central.

sion d'une noix. A la suite de cette seconde opération, le malade avait rendu de grandes quantités d'urines sédimenteuses rouges; puis, les urines étaient devenues troubles; bactériurie. On lui fit prendre 1 gramme de pipérazine par jour; les sédiments urinaires diminuèrent sensiblement, pour disparaître ensuite; il en fut de même des bactéries. Lorsqu'ensuite on eut suspendu l'administration de la pipérazine, il s'écoula un intervalle de quatre semaines avant que l'urine laissât de nouveau déposer de l'acide urique en quantités considérables. Puis, la pipérazine fut de nouveau administrée pendant quelques jours, et l'urine cessa de déposer de l'acide urique pendant plusieurs semaines.

Dans les 2 cas de calculs rénaux et dans les 4 cas avec excès d'acide urique dans les urines, l'emploi de la pipérazine a eu pour effet de faire disparaître les sédiments uratiques et de déterminer une excrétion abondante de sable.

Bref, M. Brick représente la pipérazine comme le meilleur des remèdes à employer contre les accidents en rapport avec la diathèse urique et comme le meilleur dissolvant de l'acide urique. Quant au reste, Brick ne compte pas beaucoup sur l'action lithrontriptique de la pipérazine, car — et ceci est en contradiction avec les faits avancés par Biesenthal et Schmidt — des calculs uratiques qu'il a laissé reposer pendant plusieurs jours dans une solution de pipérazine ne se sont point dissous. Aussi recommande-t-il de procéder à une opération radicale, dans les cas de calculs uratiques de la vessie, sauf à soumettre ensuite le patient à un traitement par la pipérazine, pour combattre la dyscrasie urique et prévenir la formation de nouveaux calculs.

Biesenthal et Schmidt (*loc. cit.*, p. 30) ont traité par la pipérazine trois goutteux; sous l'influence de cette médication, les accès de goutte ont cessé pendant quelque temps, et les dépôts uratiques formésau voisinage des jointures précédemment affectées se sont résorbées.

Chez un quatrième malade, sujet aux coliques néphrétiques, l'emploi de la pipérazine détermina l'élimination d'une grande quantité de sable urinaire, et un soulagement presque instantané. Les douleurs lombaires ont complètement disparu, et la guérison se maintenait sept semaines plus tard.

Les deux auteurs mentionnent sommairement que des résultats analogues ont été obtenus par des confrères, dans 7 cas de goutte ou de lithiase rénale; pendant les six mois qui ont suivi la cessation du traitement, les attaques douloureuses ne se sont pas reproduites.

En France, M. Bardet (*Société de thérapeutique* 28 janvier 1891) a fait des essais avec la pipérazine sur trois malades Il a constaté d'abord qu'on peut injecter jusqu'à 40 centigrammes de ce médicament sous la peau, au voisinage d'une jointure, sans produire d'irritation locale. Chez un malade, graveleux de vieille date, l'administration de la pipérazine à la dose quotidienne de 30 centigrammes a eu pour effet une diminution, puis la suppression des dépôts uratiques, en même temps qu'une augmentation des urates solubles éliminés par les urines.

M. Bardet, (*Les nouveaux remèdes* février 1891 n° 4), parle de cinq autres malades qu'il a traités par la pipérazine :

Un malade, atteint de coliques néphrétiques, qui a pris 5 grammes de piperazine pure, en l'espace de six jours, le lendemain d'un accès de douleurs, a expulsé de petits graviers, et il a affirmé que l'expulsion des petits graviers avait été plus rapide que d'ordinaire. Voilà une observation, qui certes, n'est pas très concluante.

Chez une femme arthritique, qui avaient les urines habituellement chargées de dépôts uratiques, la pipérazine a été administrée à l'intérieur, à la dose quotidienne de 0,50 à 1 gr. Dès le second jour les urines sont devenues limpides; en même temps, l'élimination des urates a augmenté dans la proportion de 0,45 à 0,57 par vingt-quatre heures.

Chez un goutteux, atteint d'une poussée du coude droit, des injections sous-cutanées de piperazine (0,05 puis 0,10 puis 0,20 et 0,40), ont fait diminuer la tuméfaction, la douleur et la rougeur ; mais il est à remarquer que l'accès durait depuis cinq jours lorsque fut institué le traitement.

Un autre goutteux, atteint d'une phlogose du pied, avec tophus anciens, a éprouvé un soulagement très accusé après deux jours de traitement par la pipérazine (injections sous-cutanées de 0 gr. 20 à 0 gr. 35).

Enfin un troisième goutteux, qui présentait des tophus énormes aux jointures et qui éliminait des matières

---

Par malheur, le concours, pour je ne sais quel vice de forme, fut cassé. Un esprit moins bien trempé se serait abandonné au découragement. Ricord ne se laissa pas abattre. Il prit vite son parti. Rester à Paris, attendre l'ouverture d'un nouveau concours, il n'y pouvait songer. Il repart donc, mais cette fois s'éloigne moins de la capitale : c'est à Crouy-sur-Ourq, près de Meaux, qu'il plante sa tente.

Il y eut grand succès et laissa dans le pays un souvenir aujourd'hui encore vivant. Il avait, pour ne pas porter ombrage à ses confrères et pour se réserver plus de temps pour le travail, trouvé un moyen fort ingénieux. Il fit savoir qu'il ne verrait de malades qu'en consultation avec les médecins du pays. Ceux-ci étaient pour la plupart des officiers de santé, pour qui les conseils d'un homme de la valeur de Ricord étaient précieux. Ayant, d'autre part, la certitude qu'il ne ferait rien pour détourner leurs clients, ils n'hésitaient pas à s'adresser à lui. Cette combinaison avait pour Ricord cet avantage qu'en se donnant moins de peine il gagnait plus d'argent. Trois ans plus tard, lorsqu'il revint à Paris, appelé par l'annonce de l'ouverture d'un nouveau, concours, il emportait avec lui dix mille francs d'économies.

Cette fois il fut bien et dûment nommé. Ce n'était pas un mince succès, Ricord n'avait passé ni par l'adjuvat, ni par le prosectorat, étapes que devaient nécessairement franchir ceux qui aspiraient alors au titre de chirurgien des hôpitaux; d'autre part, parmi ses concurrents on comptait des hommes tels que Laugier, Guersant fils, les Bérard, qui avaient en leur faveur, outre leurs mérites personnels, de puissants patronages.

Ricord touchait donc enfin au but; mais le jeune chirurgien des hôpitaux restait pauvre, presque inconnu à Paris, et ne pouvait espérer un rapide succès de clientèle. Il ouvrit alors, à la Pitié, un cours particulier de médecine opératoire très suivi, qu'il continua pendant trois ans.

Il attendait ainsi le moment où de chirurgien du Bureau central, il deviendrait chirurgien titulaire. L'attente menaçait d'être longue. Une circonstance heureuse le servit. La place

urates par les ulcérations des tophus, a prétendu que le traitement par la piperazine facilitait l'élimination des urates par la peau.

M. Vogt (*Société de thérapeutique* 25 février 1891 a fait prendre de la pipérazine (1 gramme *pro die*) pendant une dizaine de jours à un goutteux qui, précédemment, avait eu des coliques néphrétiques, et qui accusait des douleurs prémonitoires d'une attaque nouvelle. Au bout de quelques jours de traitement les douleurs ont cessé. Deux analyses d'urines faites l'une avant, l'autre le quatrième jour, après le début du traitement, ont démontré que le taux de l'urée s'était élevé, taudis que celui de l'acide urique s'était abaissé. Des résultats analogues ont été fournis par les analyses d'urines, lors d'une expérience faite par M. Vogt sur sa propre personne, avec la pipérazine. M. Vogt en conclut que la piperazine agit bien plus comme stimulant des oxydations, à la manière des alcalins, que, comme dissolvant de l'acide urique.

Tel est le bilan des faits connus. Ils sont de nature à encourager de nouveaux essais. Une circonstance, il est vrai, s'oppose momentanément à ce que ces essais prennent une grande extension, c'est le prix de revient de la piperazine, qui est encore très élevé (de 7 à 10 francs le gramme). Par contre, il semble acquis dès maintenant que la piperazine aux doses thérapeutiques est une substance inoffensive. On peut l'administrer en potion (solution à 2 pour 1.000) dissoute dans l'eau ordinaire ou de l'eau gazeuse (soda). On peut également l'injecter sous la peau (solution à 1 pour 10), au voisinage des tophus, ou l'appliquer directement sur les concrétions tophacées, sous forme de compresses de Priestnitz ; pour ce dernier mode d'application, Bilsenthal et Schmidt recommandent l'emploi de la solution suivante :

Piperazine pure.....	1 partie
Alcool............	20 —
Eau...............	80 —

Enfin on peut l'employer pour les lavages de la vessie. Des expériences faites par les deux auteurs que nous venons de nommer démontrent que des injections intra-vésicales, faites avec une solution de piperazine de 1 à 2 0/0, sont très bien tolérées, et qu'on peut, sans danger, laisser la muqueuse de la vessie en contact avec la solution médicamenteuse pendant deux heures.

E. Ricklin

REVUE CRITIQUE

A PROPOS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE.

M. le Dr Schwartz a récemment publié dans la *Semaine médicale*, une leçon très intéressante sur ce sujet déjà souvent exploré : La péritonite *chronique tuberculeuse*. Il a visé en particulier la forme *sèche*, celle qui ne s'accompagne guère d'épanchement asictique et qui, par sa localisation habituelle simule, parfois à s'y méprendre, une tumeur de l'abdomen. A cette occasion, il a présenté quelques considérations sur la nature de la maladie et sur les résultats que peut donner en pareil cas l'intervention chirurgicale. Cette dernière question nous intéresse particulièrement, nous médecins, qui avons conscience de l'insuffisance des moyens empruntés à la thérapeutique interne vis-à-vis d'une affection très rebelle et qui désirons apprécier la valeur de l'opération, aussi bien que connaître ses indications et ses contre-indications. A cet égard, les deux faits de M. Schwartz paraissent inégalement démonstratifs.

Dans le premier, il y avait eu incertitude dans le diagnostic jusqu'au moment de l'intervention, et ce fût seulement après l'incision abdominale qne l'on reconnût l'existence de lésions péritoneales nettement circonscrites. Dans le deuxième, l'existence d'une infiltration tuberculeuse pulmonaire évidente n'autorisait pas la même hésitation et l'on pouvait, avec toute vraisemblance, assigner une origine commune aux altérations thoraciques et abdominales. Toujours est-il que l'opération a produit chez l'une et l'autre malades des résultats remarquables, bien que non justiciables de la même interprétation. Chez l'une d'elles, l'amélioration a été extrêmement marquée, mais l'état général était excellent, et les poumons paraissaient indemnes de toute altération. Chez d'autre, les conditions étaient infiniment moins favorables, en raison de la coexistence d'une phthisie relativement avancée. Et néanmoins l'opération procura une amélioration locale incontestable, qui parait

---

de chirurgien de l'hôpital du Midi devint vacante ; l'administration exigea de celui qui la prendrait l'engagement de la conserver pendant cinq ans. Aucun des collègues de Ricord, auxquels l'ancienneté donnait le droit de choisir, ne voulut accepter cette condition. Ricord, mieux avisé, n'hésita pas à s'y soumettre. On sait ce qui en résulta pour lui : ce prodigieux changement de fortune qui, en quelques années, fit du jeune docteur, toujours préoccupé de subvenir à ses moyens d'existence, le praticien le plus connu des deux mondes.

On a proposé de donner à l'hôpital du Midi le nom d'hôpital Ricord. Aucun changement de dénomination ne serait mieux justifié. Ricord passa au Midi trente ans, toute la période de sa vie active. Il y fit des leçons qui eurent un éclat et un retentissement inouïs, et sut s'y entourer d'une pléiade d'élèves, qui allèrent vulgariser en France et à l'étranger les doctrines du maître. Plusieurs d'entre eux, devenus célèbres à leur tour, se glorifient d'appartenir à l'*École du Midi* qui prendrait justement, elle aussi, le nom d'*École Ricord*.

Ricord ne s'est pas marié, et ses derniers jours se seraient passés dans l'isolement, s'il n'avait eu après lui sa nièce et ses petits neveux, qui l'entouraient de soins et de tendresse. Il vivait heureux dans cette paisible atmosphère, et s'il songeait à la mort, il ne s'en faisait pas un épouvantail. Il avait demandé à son vieil ami Botta, le violoncelliste bien connu, de qui je tiens ce détail, de lui faire entendre, à ces derniers moments, les *Adieux de Marie Stuart* de Niedermeyer, un de ses morceaux préférés. Ce dernier souhait ne fut pas exaucé. Il se souvint cependant qu'il l'avait formulé. La nuit même de sa mort ayant déjà perdu l'usage de la parole, et semblant sans connaissance, on le vit promener les doigts en cadence sur ses draps, et répéter le mouvement à plusieurs reprises, comme impatient de n'être pas compris. Les médecins qui le vieillaient n'eurent que plus tard l'explication de ce geste, avec le regret de n'avoir pas saisi la signification.

Depuis longtemps sa sépulture au Père-Lachaise était prête ; il en avait donné lui-même le plan. Il avait aussi par avance

s'être maintenue jusqu'à ce jour. Voilà deux faits qui serviront à établir, une fois de plus, la légitimité de l'intervention chirurgicale appliquée au traitement d'une affection considérée trop longtemps comme étant du ressort exclusif de la médecine.

On trouverait facilement, dans la littérature médicale de ces dernières années, un certain nombre d'observations comparables à celles-là et qui militent en faveur des mêmes conclusions. Nous en avons rapporté quelques-unes dans un précédent bulletin, et la Société de chirurgie en a discuté à son tour quelques autres. Dans un mémoire récent, M. le Pr Duplay a étudié ce sujet et, constatant les bons effets de la laparotomie dans des cas où cette opération avait été pratiquée plus ou moins en connaissance de cause, il a cherché à déterminer le mécanisme de ces améliorations inattendues, d'autant plus surprenantes qu'elles ont plus d'une fois sanctionné des tentatives inspirées en réalité par un diagnostic inexact. Le fait est que les succès propres à justifier en pareille matière la hardiesse des chirurgiens sont déjà fort nombreux. M. Duplay a pu emprunter ainsi à des praticiens très autorisés plusieurs exemples de tumeurs viscérales (foie, rate, reins, etc.), de sièges et de natures divers (fibromes, sarcomes, cancers), guéries par la simple laparotomie. Lui-même a constaté une modification remarquable des symptômes à la suite d'une simple incision exploratrice dans un cas de cancer péritonéal accompagné d'ascite. Mais il fait ressortir surtout le nombre et l'importance des cas de péritonite tuberculeuse guéris par une simple incision exploratrice. Ces faits se sont très multipliés dans ces derniers temps, puisque Kœnig a pu en réunir 131, avec 89 guérisons et 23 améliorations notables : et sur ce chiffre de 89 guérisons, il y en a 30 où l'on n'a pas constaté de récidives plusieurs années après l'intervention. Il est vrai que celle-ci n'a pas toujours été limitée à la simple incision abdominale et qu'elle a entraîné parfois des actes plus complexes, comme l'évacuation d'un épanchement ascitique ou le nettoyage antiseptique de la séreuse péritonéale, mais l'opération en elle-même n'était pas curatrice, au sens chirurgical du mot, ce qui rend plus remarquables encore les résultats inespérés. Toujours est-il que les succès de ce genre ne se comptent plus guère aujourd'hui : ceux que M. Schwartz vient de rapporter ne font qu'ajouter quelques unités de plus à une série déjà imposante.

La question délicate ici, c'est l'interprétation du *modus agendi* de l'opération, c'est la détermination exacte du mécanisme par lequel celle-ci parvient à modifier favorablement des symptômes inhérents aux lésions abdominales et liés à celles-ci, comme l'effet est lié avec la cause. Naturellement, la théorie variera suivant les cas, suivant le degré et la qualité de l'intervention chirurgicale. Provisoirement, on peut écarter l'influence des anesthésiques et celle des émotions morales, influence incontestable pourtant, bien que d'ordre un peu suggestif, mais passagère et fugace, et non de proportion avec la durée de l'effet produit. Mieux vaut, selon nous, mettre en cause l'ébranlement occasionné par le traumatisme opératoire, et les modifications mécaniques imprimées par celui-ci aux lésions que la main du chirurgien a mis momentanément à découvert. On conçoit, par exemple, que la rupture des adhérences qui relient les différents segments de l'intestin entre eux où à la paroi, ait pour résultat de libérer ces parties et de supprimer par la même une cause active de tiraillements douloureux.

On conçoit encore que l'évacuation d'une ascite soit capable de modifier brusquement la statique abdominale et de produire dans la position respective des viscères certains changements qui se traduisent ultérieurement par une sensation de soulagement pour le malade. M. Duplay a proposé encore une autre hypothèse : il pense que, sous l'influence de la décompression subite, il s'opère un raptus congestif violent, un afflux rapide du sang dans les vaisseaux, et que, par le fait de cet état hyperémique, la résorption des exsudats pathologique doit se trouver facilitée.

L'influence du contact de l'air aurait aussi une certaine part dans le développement de cette congestion, à laquelle il attache quelque importance. Mais cette théorie tient un peu de l'hypothèse et nous lui préférerions, quant à nous, celle de l'ébranlement mécanique, dont la réalité ne saurait être contestée !

Nous pensons qu'il faut également donner le pas à cette dernière sur la théorie de l'*acte réflexe dû au traumatisme opératoire*, théorie à laquelle M. Verneuil s'est particulièrement attaché, mais qui a le tort d'être nuageuse et vague, voire même un peu mystique et qui ne saurait donner satisfaction à un esprit rigoureux. M. Duplay n'est peut-être pas éloigné de l'ad-

---

composé son épitaphe. Il a bien souvent récité à ses amis ce morceau dont il n'était pas mécontent :

Aux portes de l'Éternité,
Quand j'aurai fini ma carrière,
S'il me reste un peu de poussière
De cette triste humanité,
Que le tombeau seul s'en empare;
Que de mon âme se sépare
Cette cause de mes douleurs;
Car l'âme pure et sans matière
Doit être un rayon de lumière
Que ne troubleront plus les pleurs.

Beaucoup s'étonneront de trouver de telles pensées sous la plume de Ricord. L'éternel rieur savait-il donc lui aussi regarder au delà de ce monde? Etait-il de ceux, toujours plus rares, qui estiment que tout ne finit pas avec la tombe, qu'il est en nous quelque parcelle « pure et sans matière » qui ne meurt pas avec le corps. Ne serait-ce pas là le secret de cette fin si calme, attendue sans crainte, qui fut comme « le soir d'un beau jour ».

La dernière maladie de Ricord fut courte. Déjà un peu souffrant, il crut devoir venir à Paris pour voter, aux élections générales d'octobre 1889. Il prit froid, dut s'aliter quelques jours plus tard et ne se releva pas.

Une foule immense se pressa à ses funérailles. Beaucoup voulaient, en y assistant, rendre un dernier hommage au médecin illustre dont, pendant près d'un demi-siècle, le nom avait été dans toutes les bouches. D'autres, plus nombreux, amis, élèves, malades, pleuraient « le bon Ricord », le maître aimé, le docteur compatissant, dont la devise avait été : *Ægrotantis animam reconfortare conor.*

---

mettre, mais toutefois avec réserve, et comme pis-aller, dans des cas où l'on ne peut trouver une autre explication. Ne vaudrait-il pas mieux, vis-à-vis de ces cas, confesser franchement notre ignorance que d'invoquer une hypothèse dont ceux-là même qui l'ont proposée sont les premiers à reconnaître le caractère d'incertitude? Car ce n'est pas résoudre la question, que d'attribuer au traumatisme opératoire le pouvoir de mettre en œuvre les agents mystérieux qui produisent la guérison spontanée de certaines affections (tumeurs), puisque que ce sont précisément ces agents qu'il importerait de déterminer et de connaître à l'avance. On doit ranger cette explication, aussi bien que celle tirée de l'état suggestif, parmi ces conceptions provisoires qui sont destinées à disparaître un jour avec les progrès de la physiologie pathologique et de la pathogénie.

Pour en revenir aux faits de M. Schwartz, cités au début de cet article, il est permis de croire que le résultat favorable constaté dans ces deux faits tient, pour une bonne part, à l'opération elle-même, c'est-à-dire aux modifications directement apportées par celle-ci dans l'état des parties. Dans le premier cas, le chirurgien a rompu et fait disparaître des adhérences déjà anciennes. Dans le second, il a décollé le grand épiploon dont il a reséqué une partie, mettant fin de la sorte à des tiraillements gênants pour le malade. Ensuite le lavage antiseptique de la séreuse a pu contribuer de son côté à modifier heureusement des lésions déjà anciennes. On expliquerait ainsi, sans effort pour l'esprit, que l'intervention opératoire, bien que fort incomplète, ait produit une amélioration qui, à la rigueur, pourrait être considérée comme une véritable guérison.

P. MUSELIER.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DU MASSAGE, par le Dr NORSTROM, de Stockolm.

Le massage porte son action spéciale sur les liquides dont toutes nos parties sont imbibées, liquides dont la présence est indispensable à leur jeu, la plupart des tissus contenant plus de 75 0/0 d'eau, en même temps qu'ils sont les véhicules des principes nécessaires à la nutrition, c'est-à-dire au développement et à la rénovation de nos tissus. A l'état physiologique, le massage presse leur mouvement et active ainsi la nutrition; à l'état pathologique, il hâte leur résorption par les organes qui sont chargés de celle-ci.

Tels sont les deux effets primaires, réduits à leur plus simple expression, desquels résultent une action excitatrice et reconstituante, et une action résolutive et curative.

Les quatre procédés méthodiques de massage sont: l'effleurage, la friction, le pétrissage et le tapotage.

Il paraît que la simplicité de la méthode réduite à ces quatre procédés, déjà préconisée par Metzger, a été reprochée à l'auteur du présent ouvrage. Je crois qu'il convient au contraire de l'en louer. La simplicité d'une médication est, en général, en raison du perfectionnement que l'expérience lui a permis d'atteindre. Un arsenal compliqué est loin d'être un témoignage de progrès, et ne paraît nullement nécessaire pour remplir les diverses indications du massage.

Le massage ne saurait entrer dans la pratique courante de la médecine. Il exige des qualités physiques qui n'appartiennent pas à tout le monde, et ses applications sont de trop longue portée pour que tout le monde puisse s'y prêter. Il constitue un genre d'exercice auquel il faut un véritable entraînement. Le massage appartiendra toujours à des spécialistes.

Mais, pour répondre à ce qu'on en attend, ces spécialistes ne doivent pas être purement empiriques. Les applications réclament autre chose que l'indication saisie par le médecin et les indications qu'il pourra fournir. On ne peut pas plus masser par ordre, que jouer du violon. Il faut d'abord savoir ce que c'est que l'instrument, et savoir lire la musique; c'est-à-dire connaître les organes sur lesquels on s'exerce et avoir quelque idée des actions qu'on leur adresse.

Si l'on envisage le massage dans son ensemble, et si l'on veut avoir une idée claire de ce qu'il peut fournir, on reconnaîtra que le double concours du médecin et du spécialiste est nécessaire. Il faut que le médecin sache bien ce qu'il aura à demander au massage et ce qu'il en pourra obtenir. Il faut que le spécialiste comprenne l'un et sache exécuter l'autre. Si les procédés du massage sont purement mécaniques et fixes, ils s'exercent sur des parties vivantes et changeantes: aussi, ne doit-il pas être un agent passif, et doit-il apporter à son action opératoire une part formelle d'intelligence cérébrale et manuelle.

Un spécialiste médecin pourrait sans doute être considéré comme un idéal, dont nous avons du reste aujourd'hui quelques représentants distingués. Mais si un spécialiste, je veux dire un masseur, peut être médecin, un médecin ne peut guère être spécialiste. Ce qu'il importe, c'est qu'il sache ce que c'est que le massage, sa raison d'être, ses effets immédiats, les résultats auxquels il peut aboutir, si l'on veut qu'il en saisisse les sujets d'application, et qu'il fournisse des indications utiles sur la manière de l'appliquer.

Ce n'est cependant pas suffisant. Il faut qu'il puisse encore, comment dirai-je? mettre la main à la pâte. Il doit savoir pratiquer au moins le premier massage dans l'entorse, ce sujet privilégié du massage. Il m'est arrivé, bien que je ne me targue pas d'une grande habileté dans cette pratique, de faire sur des torticolis récens des massages extemporanés, rapides et salutaires. Le massage des fractures et les massages abdominaux, ceux de l'appareil utérin, sont des manœuvres délicates qui réclament plutôt des doigts chirurgicaux.

Toutes ces considérations sont contenues implicitement dans les pages nombreuses du traité du massage. Ce traité forme un gros volume, trop gros pour devoir, comme il faudrait, aider à la vulgarisation d'une médication qui est trop peu familière à la généralité des médecins. Son plus grand intérêt provient des nombreuses observations qu'il renferme, et qui sont généralement bien présentées. Celles qui se rapportent à la pathologie articulaire, chirurgicale ou médicale fournissent à propos des affections articulaires à peu près tous les exemples que l'on pourrait avoir intérêt à chercher.

Les chapitres suivant concernent le massage dans les fractures, dans les affections du système musculaire, dans les affections du système nerveux, dans les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et de ses annexes (massage abdominal) et les affections de l'utérus et de ses annexes.

On doit regretter dans ce livre intéressant à plusieurs titres, l'absence de tables suffisamment explicites, qu'auraient rendues bien nécessaires et son étendue et la multiplicité des sujets dont il traite.

MAX. DURAND-FARDEL.

BULLETIN

— *Académie de médecine* : L'épidémie du typhus exanthématique de l'île Tudy. — Suite de la discussion sur un cas de néphrite infectieuse puerpérale. — Guérison par la laparotomie d'une péritonite purulente généralisée consécutive à une perforation intestinale. — Dangers du chauffage des voitures par des briquettes de charbon de Paris.
— *Société de chirurgie* : Séance publique annuelle.
— Le dénombrement de la population française en 1891.

L'Académie des sciences, qui a perdu l'un de ses anciens présideuts les plus estimés, M. M. Quatrefages, n'a pas tenu de séance, lundi dernier, en signe de deuil.

— A l'Académie de médecine, M. Ollivier a lu d'abord un rapport sur un travail de M. Thoinot, relatif à l'épidémie de typhus exanthématique qui a régné, l'an dernier, à l'île Tudy (Finistère). Nos deux confrères sont d'accord pour reconnaitre que le typhus exanthématique est endémique en certains points de la Bretagne. Importé de l'un de ces points dans un milieu favorable à son développement, le contagium se renforce, se transmet, se propage et donne lieu à une épidémie. Les privations, la misère, l'encombrement, sont, comme partout et toujours, les circonstances adjuvantes de l'extension épidémique. C'est ainsi que les choses se sont passées à l'île Tudy. L'épidémie observée par M Thoinot a eu comme un épilogue dans un hameau du Morbihan, où 10 personnes, dont 1 a succombé, ont été atteintes dans la même maison. La filiation entre ce cas et ceux de l'île Tudy a été nettement établie. Au point de vue prophylactique, il importe donc qu'on applique à chaque cas sporadique les mesures d'isolement et de désinfection prescrites en temps d'épidémie.

— Une nouvelle discussion s'est engagée, entre MM. Hervieux et Tarnier d'une part, et M. Charpentier de l'autre, sur le rôle de la puerpéralité dans le cas de néphrite infectieuse communiqué par ce dernier dans la séance précédente. A défaut d'autopsie, on ne peut faire que des hypothèses; mais il faut bien reconnaître que les meilleures raisons semblent venir à l'appui de l'opinion défendue par MM. Hervieux et Tarnier, c'est-à-dire plaider en faveur de l'origine puerpérale de la néphrite infectieuse observée par M. Charpentier.

— Les hardiesses de la chirurgie contemporaine sont parfois justifiés par des succès inespérés. Tel est le cas du jeune garçon que M. Routier a présenté à l'Académie et qui offre aujourd'hui tous les attributs de la bonne santé et de la vigueur. Son métier de charbonnier l'expose à porter des charges de 50 kilog. et il s'en acquitte sans douleur et sans fatigue.

Or, au mois de janvier 1890, ce jeune garçon, alors âgé de 15 ans, est pris subitement de douleurs abdominales violentes et de vomissements. Les accidents s'aggravent et, au bout de six jours, la mort est imminente. Une intervention chirurgicale peut seule offrir une chance bien faible de salut. M. Routier la tente, tout en craignant de voir le malade succomber sur la table d'opération. Une première incision dans la fosse iliaque droite, d'où semblait partir le mal, donne issue à un flot de pus. Mais l'examen montre que la suppuration est généralisée à tout le péritoine. M. Routier pratique une seconde incision sur la ligne médiane, fait écouler le plus possible le pus qui baigne les anses intestinales, fait un lavage du péritoine avec la solution naphtolisée, lavage que l'état du malade ne permet pas de compléter, et, au lieu de suturer les deux incisions abdominales, introduit à travers ces incisions, qu'il laisse ouvertes, des bandes de gaze iodoformée qu'il pousse, au milieu des anses intestinales, dans toutes les directions.

Le lendemain, amélioration dans l'état du malade. Par la plaie iliaque, le lait et le bouillon ingérés sortent avec le pus, ce qui ne laisse aucun doute sur la cause de la péritonite. Les jours suivants les pansements sont fréquemment renouvelés. Malgré des complications graves de pneumonie et de parotidite droite suppurée, la guérison complète a lieu deux mois après l'intervention.

Ainsi que le fait remarquer M. Routier, le succès si beau qu'il vient d'enregistrer, tient certainement à l'absence de sutures des plaies abdominales et au drainage multiple exercé par les bandes de gaze iodoformée. C'est là une pratique à recommander, en même temps que les lavages antiseptiques du péritoine, dans le traitement de la péritonite purulente contre laquelle la médecine proprement dite est si faiblement armée.

— Les dangers du chauffage des voitures par les briquettes de charbon de Paris ont été signalés depuis longtemps et ont fait l'objet de mesures de police bientôt tombées en désuétude. M. Laborde a eu raison de revenir à la charge en communiquant à l'Académie le résultat d'expériences entreprises par M. Gréhant.

En faisant respirer un chien dans un courant d'air chargé des produits de la combustion d'une briquette on note: Au bout de 12 minutes de l'affaiblissement ; après 20 minutes, de l'agitation, des convulsions. On interrompt l'expérience qui entrainerait la mort de l'animal; on a de la peine à le ramener à l'état normal. Si l'on examine sa capacité respiratoire avant et après l'expérience, on voit, que de 27 elle est tombée à 10, c'est-à-dire que 17 parties d'oxygène ont été remplacées par autant de parties d'oxyde de carbonne, produit principal, comme l'ont montré M. Galippe et M. Gautier, de la combustion lente des briquettes. Il est à souhaiter que ces notions se répandent de plus en plus dans le public.

— La Société de Chirurgie a tenu mercredi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé, sa séance publique annuelle. Après l'allocution du président M. Terrier, et le compte rendu des travaux de l'année par M. Richelot, secrétaire annuel, M. Ch. Monod, secrétaire général, a lu une notice sur la vie et les travaux de Ricord. Nous donnons plus haut, en feuilleton, quelques extraits de cet éloge, qui a valu au panégyriste les suffrages unanimes et bien mérités de l'Assemblée.

La séance s'est terminée par la proclamation des prix pour 1891. Sur quatre prix, faute de concurrents, la Société n'a pû en décerner qu'un. Il en résulte que, pour trois de ces prix, les sommes à distribuer en 1892 et 1893 seront doublées. Cela contribuera-t-il à secouer un peu l'indifférence des concurrents ? Il faut l'espérer. Il est bon aussi que la Société de chirurgie donne la publicité la plus grande aux questions qu'elle propose pour les prix. Voulant pour notre part, y contribuer, nous faisons connaitre plus loin les sujets des prix à décerner en 1892 et 1893. Au nombre de ces derniers figure, pour la première fois, le prix fondé par Ricord.

— Le dénombrement de 1891 porte à 38.343.192 le chiffre de la population française. En 1886, ce chiffre était de 38.218.903. Pendant la période de quatre ans et six mois et demi qui a séparé les deux recensements, la population s'est donc accrue de 124.289.

Cet accroissement, de 1881 à 1886, pendant une période de quatre ans et cinq mois, avait été de 545.855.

En comparant ces deux chiffres, on voit quel ralentissement a subi l'accroissement de la population; pour peu que cela continue, on arrivera à un mouvement de décroissance absolue. C'est déjà ce qui se produit dans un nombre de plus en plus grand de départements. Ainsi, en 1886, sur 87 départements, 58 étaient en progression et 29 en decroissance; en 1891 on en compte 32 seulement en progression et 55 en décroissance.

Parmi les premiers, on relève plus particulièrement ceux qui possèdent de grandes villes ou de grands centres industriels (Seine, Rhône, Bouches-du-Rhône, Gironde, Nord, Pas-de-Calais, Loire, etc.). Au nombre des seconds, figurent la plupart des départements agricoles (Aisne, Aude, Dordogne, Gers, Lot-et-Garonne, Orne, Sarthe, Yonne, etc.). Ceci traduit un mouvement continu et même croissant des populations rurales vers les grandes agglomérations. On a une idée de ce mouvement en comparant à l'accroissement total de la population celui de la population des villes ayant plus de 30.000 habitants. En 1886, ces villes au nombre de 56, comptaient 6.862.822 habitants; en 1891, elles en possèdent 6 522.426, soit une augmentation de 340.393. Or l'augmentation pour la population entière étant, comme il a été dit plus haut, de 124.289, il en résulte pour la population des campagnes, une diminution de de 340.396—124.289=216.107.

La crise agricole qui a sévi plus ou moins dans les divers départements, explique en partie l'émigration des populations rurales. Les départements du bassin de la Garonne forment, à ce point de vue, un groupe uniforme digne de fixer l'attention. Dans les départements comme celui du Finistère, où la crise s'est encore fait peu sentir, la population a continué de s'accroître. Dans l'Hérault, où la rep'antion de la vigne a mis fin à la crise, la population a repris son mouvement ascensionnel. Il y a là pour nos économistes et nos législateurs, une indication bien nette de favoriser dans la mesure la plus large possible, l'essor de l'agriculture et de déterminer ainsi, au grand avantage de la nation, un mouvement de migration en retour des grandes agglomérations vers les campagnes.

Les causes du ralentissement du mouvement ascensionnel de la population sont multiples; on a pu le voir par la discussion que l'Académie de médecine a consacrée à ce sujet et nous n'avons pas ici à y revenir. Celle que nous venons de rappeler a été à peine effleurée au cours du débat et l'on voit comment elle ressort des statistiques précédentes. Il nous a paru intéressant d'y insister un peu.

L'immigration est un des facteurs plus ou moins important de l'accroissement de la population. Le recensement de 1886 avait relevé 1.115.214 étrangers; celui de 1891 en compte 1.101.798, soit une diminution de 13.416. Cette diminution du nombre d'étrangers tient en partie aux facilités qui résultent de la loi du 26 juin 1889 pour acquérir la nationalité française. Elle montre en tout cas, que l'augmentation de la population totale, loin d'être le fait de l'immigration, est plutôt atténuée par celle-ci, et qu'elle doit dès lors être portée tout entière, même au delà, à l'actif de la population française. C'est une petite atténuation du faible chiffre de cette augmentation.

Dr F. De Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.
Séance du 18 Janvier.

M. A.-J. Martin fait connaître au Comité que le juge de paix de Neuville (Rhône) vient de condamner à un franc d'amende la supérieure d'un pensionnat de jeunes filles pour n'avoir fait aucune déclaration lors d'une épidémie de fièvre scarlatine qui a éclaté, il y a quelque temps, parmi les jeunes pensionnaires de cet établissement; les parents n'avaient pas été prévenus et le pensionnat, contrairement aux règles de la plus élémentaire prudence, n'avait pas été licencié.

Ce jugement a été rendu pour infraction à l'arrêté de M. le préfet du Rhône, en date du 30 avril 1889, relatif aux dispositions à prendre dans les pensionnats, en cas d'épidémie.

La conférence de Venise. — Les délégués des différentes puissances n'ont pu s'entendre, comme il était facile de le prévoir, sur le protocole relatif au canal de Suez, et ont dû en référer à leurs gouvernements respectifs. Il est à craindre, par suite de cette divergence d'opinions, que la conférence de Venise n'aboutira pas plus que celle de Rome.

Association générale des étudiants. — Depuis sa reconnaissance d'utilité publique, l'Association a formé le projet de construire un hôtel, dont elle fût propriétaire à l'instar de l'hôtel des étudiants de Montpellier.

C'est dans ce but que le bureau de l'Association avait convoqué à différentes reprises tous ses membres dans un des amphithéâtres de l'École de médecine que M. le doyen Brouardel avait mis à leur disposition. La discussion devait avoir lieu sur trois articles concernant: l'utilité de la construction d'un hôtel, l'acquisition d'un terrain, et les moyens de réalisation pratique du projet. La première Assemblée ayant à peine suffi à la discussion de la première question les étudiants se sont réunis de nouveau dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Il a été décidé que l'hôtel serait élevé sur un terrain déjà choisi, situé dans le quartier des Écoles et embrassant une superficie de deux mille mètres carrés.

D'autre part, on s'est occupé des frais nécessaires à la construction de l'immeuble. Il y a environ trois mois M. Guillaume, architecte, a proposé à l'Association de faire dresser par les élèves architectes de l'École des beaux-arts le plan d'un hôtel dont les frais devaient s'élever à la somme de neuf cent mille francs. Après une discussion très animée, l'Assemblée a résolu de confier à M. Debrie, architecte, le projet de construction d'immeubles qui seraient composés de trois parties, successivement construites à mesure que le fonds des réserves dont dispose actuellement l'Association augmenterait.

Enfin, on a voté un premier emprunt de trois cent mille francs.

Conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière. — M. le Dr Raymond, professeur agrégé, a repris, samedi dernier, ses conférences cliniques, devant un nombreux auditoire de médecins et d'étudiants. Il a insisté sur la nécessité d'apporter à l'état mental des malades atteints des diverses affections du système nerveux une attention plus grande que celle qu'on lui prête généralement; il a montré l'importance qui découle de l'examen de l'état mental, tant au point de vue du diagnostic et du pronostic, qu'au point de vue du traitement spécial à insti-

tuer dans certains cas. M. Raymond a cité plusieurs cas à l'appui de cette thèse. Puis il a fait l'histoire et la description de cette modalité de la paralysie générale sans aliénation mentale, décrite par Régnier, à propos d'un malade de son service atteint de cette forme de périencéphalite.

Les conférences suivantes seront consacrées en partie à l'étude didactique des maladies du système nerveux : paralysie générale chez la femme, tabes dorsalis, etc., en partie à l'étude des malades du service, qui réaliseront des cas particulièrement intéressants.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 12 janvier 1892, la chaire de pharmacologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 27 février prochain. — Se faire inscrire du 1er au 13 février 1892.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : MM. les Drs Flain (d'Aubigny); Le Breton, ancien médecin de la marine; Brochin, de Cours, Porak, Richelot, Sevestre (de Paris); Balestre (de Nice); Brugère (d'Uzerche); Brun (de Châtillon sur-Indre); Gerlier (de Ferney-Voltaire); Langlois (de Maréville); Mercier (de Mer); Pujos (d'Auch); Sainton (de Bar-sur-Seine); Sigallas (du Plan-de-la-Tour.

Distinctions universitaires. — Par décision ministérielle en date du 16 janvier 1892, il est institué au ministère de l'instruction publique, un comité consultatif des distinctions universitaires.

Le comité fixe semestriellement le contingent de distinctions à attribuer à chacune des catégories de personnes énumérées au décret du 24 décembre 1885.

Il examine et classe les titres des candidats n'appartenant pas à l'un des trois ordres d'enseignement ou n'étant point fonctionnaires de l'administration de l'instruction publique.

Aucune nomination ne peut être faite, si la commission n'a déclaré que le candidat réunissait les conditions exigées par les décrets et règlements.

Société de chirurgie. — Prix décernés :

Prix Duval. — Le prix n'est pas décerné, la seule thèse envoyée n'ayant pas été jugée digne de récompense.

Prix Laborie. — Le prix n'est pas décerné ; aucun mémoire n'a été envoyé pour concourir à ce prix.

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.* Aucun mémoire n'a été adressé. Le même sujet est remis au concours pour 1893.

Prix Demarquay. — *Du traitement chirurgical des calculs biliaires.* Le prix est décerné à M. le Dr Sieur, médecin-major de 2e classe à l'École du service de santé militaire à Lyon.

Prix pour 1893 :

Prix Duval, à l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux, ou de grade analogue dans l'armée ou la marine) *de la meilleure thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1892.*

N. B. Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 600 fr.

Prix Laborie, à l'auteur (anonyme) d'*un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie*, adressé à la Société avant le 1er novembre 1892.

N. B. Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1892 sera de 2 400 fr.

Prix pour 1893 :

Prix Duval (300 fr.), *ut supra.*

Prix Laborie (1 200 fr.), *ut supra.*

Prix Gerdy. — *De la cure radicale des hernies ombilicales.*

N. B. Le prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1893 sera de 4.000 fr.

Prix Demarquay. — *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire.*

Montant du prix : 700 fr.

Prix Ricord (300 fr.), à l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1892 et 1893, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Pour les autres conditions de ces concours, consulter le premier fascicule des « Bulletins de la Société de chirurgie » de l'année courante.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 10 AU 16 JANVIER 1892

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 34. — Grippe, 60. — Phtisie pulmonaire, 213 — Autres tuberculoses, 46. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 37. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 73. — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 86. — Bronchite aiguë et chronique, 181. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 243. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 33. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 44. — Sénilité, 74. — Suicides et autres morts violentes, 44. — Autres causes de mort, 268. — Causes inconnues, 8. — Total 1560.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Maloine, libraire-éditeur, 91, boulevard Saint-Germain.

Précis théorique et pratique de neuro-hypnologie. — Études sur l'hypnotisme et les différents phénomènes nerveux physiologiques et pathologiques qui s'y rattachent. Physiologie, Pathologie, Thérapeutique, Médecine légale, par le Dr Paul Joire, ancien interne des hôpitaux. Un volume in-18 de 328 pages. — Prix : 4 francs.

Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André, à Clermont (Oise).

Chimie appliquée à l'alimentation des malades : Utilité du pain grillé dans les dyspepsies ; pain diastasé de légumine (Extrait d'un travail lu à la Société de thérapeutique de Paris, par le Dr Ch. Bovet, médecin (ex-inspecteur) à Pougues-les-Eaux, lauréat de l'Académie de médecine. Une brochure in-8° de 12 pages.

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Emile Forgue, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la Société de chirurgie. 2 volumes in-8°, avec 368 figures dans le texte. — Prix : 32 francs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées).

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE EN 1891 SUR LES TROUPES DE LANDRECIES, MAUBEUGE ET AVESNES.

Par le Dr Jules Arnould,

Médecin-Inspecteur de l'armée, professeur d'hygiène à la Faculté de médecin de Lille, correspondant de l'Académie de médecine

(*Suite*) (1).

II. — Recherches étiologiques.

J'étudierai seulement les principaux moyens de transport du microbe typhogène, — quel qu'il soit : — le rôle de l'eau de boisson, celui de l'homme lui-même ; puis l'influence de quelques unes des circonstances qui ont pu *adapter* le terrain de pullulation de l'agent virulent.

A. — *Rôle de l'eau de boisson.* — A chacune des manifestations locales et intermittentes de l'épidémie typhoïde qui vient d'être exposée à grands traits, j'ai toujours commencé par me dire : c'est l'eau qui la porte ; — comme c'est classique aujourd'hui. J'ai donc toujours provoqué l'ordre de faire bouillir l'eau de boisson des troupes, avant toute autre mesure et même avant tout examen des conditions étiologiques du moment et du lieu.

On se doute déjà que cette mesure n'a pas eu un succès suffisant. Mais je dois d'abord exposer le résultat de mes investigations directes sur les eaux de chaque localité.

1° *Landrecies.* — Les casernes sont reliées à la distribution municipale ; les balanciers des anciennes pompes sont enlevés.

« Les eaux qui alimentent les fontaines de Landrecies, a bien voulu me dire, dans une note rédigée exprès pour moi, M. le professeur Gosselet, de la Faculté des sciences de Lille, sont des sources naturelles, qui sortent à mi-côte du faubourg du Quesnoy. Elles proviennent d'un banc de sable intercalé entre le limon et l'argile à silex. Il y a, à ce niveau, une nappe aquifère très abondante ; les eaux proviennent des pluies qui tombent sur tout le plateau qui s'étend au nord de Landrecies. Sauf les maisons du faubourg, le plateau ne porte pas d'habitations et, d'ailleurs, le filtre est assez épais pour préserver complètement la nappe aquifère. »

Le point de captage est à 1 kilomètre au nord de l'enceinte, à une vingtaine de mètres à droite de la route de Landrecies au Quesnoy, à une altitude supérieure de 11

(1) Voir le numéro 4.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 7. *Asiles de Bienfaisance.*

Les asiles de Bienfaisance reçoivent les enfants abandonnés ou orphelins, les impotents, les vieillards des deux sexes. Ils sont le refuge des pauvres de tout âge, et de plus ils mettent un outil dans la main de l'enfant, le moralisent par le travail, après lui avoir donné l'instruction et l'éducation. On les appelle, suivant les villes où ils sont établis, maisons de Bienfaisance, de Charité ou de Miséricorde. Parmi ces établissements je citerai la *misericordia* de Pampelune, qui, malgré le peu d'espace dont on peut disposer, est très vaste, et, en dépit de sa vétusté, fort bien entretenue. Il y a là, comme ailleurs, des écoles, des ateliers, des dortoirs pour jeunes et vieux, de grands réfectoires et de grandes cours qui ne valent pas celles de l'établissement similaire de Valence où tout est neuf et grand, comme je le dirai.

Comme spécimen de règlement je donnerai les articles 8 et 9 de celui de la capitale de la Navarre dans lequel on remarque la particularité relative aux opinions ; les autres règles se rencontrent à peu près dans tous les règlements qui régissent le fonctionnement de ces asiles d'enfants et vieillards. Voici ces articles :

« Art. 8. On n'admettra pas d'enfants de l'un et l'autre sexe au-dessous de 7 ans, ils devront être vaccinés et nés à Pampelune, ou bien nés d'un père qui aura dix ans de résidence dans la ville.

On ne pourra pas non plus admettre, à titre de pauvres ni de pensionnaires, les individus d'opinions douteuses (opinion contenciosa), bien qu'ils soient recommandés par des personnes d'autorité, ni ceux qui par leur vie et leurs habitudes répugneraient aux règlements de la maison ; on ne recevra pas des pauvres atteints de maladies contagieuses, d'affections cutanées, et tous ceux qui désirent entrer seront examinés, à cet effet, par le médecin de l'établissement. Il sera nécessaire qu'ils soient véritablement pauvres, c'est-à-dire non soutenus par des parents, qu'ils soient natifs de Pampelune ou habitent la ville depuis dix ans.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, et 2, 1892.

mètres au niveau moyen de la ville. On a prolongé la source jaillissante par une galerie qui en augmente le débit. Les travaux de captation, qui datent de 1882, sont un peu rudimentaires, et la protection n'en est pas parfaite. Mais il faudrait de réels efforts d'imagination pour trouver par où et par quoi cette eau pourrait être souillée. Elle se troubla au dégel de 1891, vers le 25 janvier; mais, selon toute apparence, pour avoir entraîné de l'argile. Elle était absolument pure quinze jours auparavant, quand l'épidémie débuta, et l'on peut être certain qu'il n'y a pas eu d'infiltrations pendant le rude et sec hiver de 1890-1891.

Deux analyses bactériologiques d'échantillons d'eau, prélevés aux bornes-fontaines des casernes, une première fois le 20 février, une seconde fois le 21 avril, ont été exécutées au laboratoire du Val-de-grâce par M. le professeur Viallard. Elles ont révélé la présence de bactéries banales ou même d'organismes « à culture fétide » en nombre un peu trop grand; mais toujours « les recherches en vue du bacille typhique et du *bacterium coli commune* sont restées négatives. »

Un fait d'apparence grave s'était pourtant produit, qui nous inspira un moment des inquiétudes. Les fontaines de la caserne Dupleix avaient été prises par la gelée et mises hors d'usage, du 13 décembre au 27 janvier. Les soldats de cette caserne n'étaient-ils pas allés, par suite, boire en ville, où il reste quelques puits en activité?

Vérification faite, les habitants qui ont des puits s'en servent pour les lavages, mais boivent d'ordinaire l'eau municipale. Les soldats, en buvant chez l'habitant, n'auraient donc pas changé de régime. Ceux de la caserne Dupleix, dans tous les cas, ne semblent pas avoir été fâcheusement influencés par l'accident arrivés à leurs robinets, puisque cette compagnie a été la moins éprouvée par la fièvre typhoïde (4 malades).

Cette caserne n'est séparée de la caserne Biron que par une rue; il est acquis que ses hôtes allaient le plus souvent remplir leurs cruches chez le voisin. Mais, en mettant les choses au pis et en supposant qu'ils aient, eux ou d'autres, bu de l'eau de puits, rien ne prouve qu'ils y aient trouvé l'infection typhoïde. En effet, je priai encore M. Vaillard, à la fin de mars, d'expertiser l'eau de deux puits qui avaient pu servir aux soldats. Cette eau fut reconnue excellente dans le puits le plus voisin des casernes (200 germes par centimètre cube;) dans l'autre, inoffensive. Pas trace de bacille typhique ni de bacille du côlon dans l'une, ni dans l'autre.

Ces constatations vont au devant de la crainte, très justifiée, j'en ai des preuves, que les soldats soient allés boire aux estaminets ou dans des maisons particulières, pour échapper à l'eau cuite, qui leur déplaît parfois, même sous forme d'infusion de thé ou de café.

Je ne note pas moins que l'ébullition de l'eau de boisson fut pratiquée à partir du 20 janvier et ne dut pas être tout à fait illusoire, puisqu'il n'entrait, au moins, pas d'autre boisson dans les chambres. Et c'est quatre semaines après cette date, du 13 au 19 février, que l'épidémie atteignait son acmé!

Finalement, la population civile de Landrecies boit les mêmes eaux que les soldats et n'a été qu'effleurée par l'épidémie.

2° *Maubeuge*. — Les troupes de cette place consomment deux espèces d'eau, sans compter celles des puits dans les forts.

Une source militaire, la source *Violenne*, alimente la caserne Joyeuse et l'hôpital militaire. Son eau vient du plateau des Sarts, filtre à travers le limon et est captée dans un jardin potager, à 1 kilom. de Maubeuge, en un point assez élevé pour que la pente naturelle l'amène à la caserne avec quelque pression. Les travaux de captage m'ont paru soigneusement faits et protégés. Sans être pure de germes, cette eau est bonne et mérite confiance. On n'y a jamais reconnu d'organismes rappelant le bacille typhique.

La caserne Wattignies est rattachée à la distribution municipale, dont l'eau, à ce moment, n'a pas révélé de caractères bactériologiques suspects, mais m'a semblé pouvoir être compromise bien plus aisément que la précédente. La source (dite *des Prés*) qui la fournit est captée un peu en amont de la ville, à quelque dix mètres du bord de la Sambre (rive gauche), à côté d'une usine élévatoire. Rien ne protège l'emplacement du bassin de captage. Au contraire,

---

« La maison fournit également des secours en argent, pain, légumes, aux individus ou familles que l'on ne peut admettre dans la maison, s'ils sont nés à Pampelune ou y ont dix ans de résidence, et qui par leur âge ou leurs infirmités, ne peuvent vivre du produit de leur travail; on ne donnera les secours en argent qu'aux familles de pauvres qui ne pourraient ou qui n'oseraient venir chaque jour à l'asile prendre la portion qu'il distribue.

« Art. 9. L'expérience a démontré qu'il y a des cas dans lesquels, par suite de revers de fortune ou de malheurs de famille, des individus sollicitent l'entrée dans l'asile sans être tout à fait dépourvus de ressources; quand même ils n'auraient pas le temps de résidence indiqué dans l'article précédent, ils pourront être admis sur décision de la commission administrative, moyennant le paiement quotidien de 75 centimes; ils doivent être célibataires, l'asile n'étant pas disposé pour recevoir des ménages. »

Je ne sais dans quel chapitre de ces études je pourrai placer un article relatif à une institution qu'on appelle le Vinculo (le lien) et qui depuis longues années, possédant des moulins hors ville à très peu de distance, fabrique pour le compte de la municipalité de grandes quantités de pain, dont le prix de vente est inférieur parfois à celui des boulangers de Pampelune. J'ai visité le Vinculo le soir, au moment où se fabriquait le pain, à l'aide de pétrins et de fours qui sont les derniers mots du progrès. L'organisation de cette grande boulangerie m'a paru parfaite; elle a en ville quatre dépôts, et le pain qu'elle y envoie est excellent.

La Casa de misericordia de Valence compte parmi les mieux organisées; elle a une population totale de 700 hommes et femmes; elle recueillait autrefois les aveugles et les sourds-muets pour lesquels on a fait un établissement spécial. On y reçoit les vieillards et les impotents, les enfants depuis l'âge de 7 ans et aussi les enfants de la Maternité. L'établissement est vaste; tout marche à la vapeur : cuisine, buanderie, fabrication du pain; les cours sont sillonnées de rails qui facilitent le service. Dans les ateliers destinés aux garçons, on fabrique des chaises, des tissus, des espadrilles, des souliers, il y a aussi un atelier de tailleur. Il y a en bas une école de garçon, grande salle virtuellement divisée en trois parties, à raison de l'enseignement mutuel, et par conséquent la lumière n'est pas uniformément donnée aux élèves fort nombreux. Les classes des filles sont au deuxième étage à côté de leurs ateliers.

j'ai constaté, le 16 février, que le couvercle en bois d'un regard plongeant dans ce bassin était percé d'un grand trou, par le bris d'une planche, et avait certainement laissé entrer la Sambre dans la source, à un récent débordement dont on voyait encore la vase à dix mètres au-delà de ce regard.

Cependant, la population de Maubeuge n'a plus de fièvre typhoïde depuis cinq ou six ans et n'en a pas eu à l'occasion de l'épidémie militaire. La caserne Wattignies, abreuvée de l'eau douteuse, n'a eu que 2 cas sur les 20 de la série de Maubeuge, alors que Joyeuse, dont l'eau est bien plus sûre, en a eu 15. Enfin, pendant que le 145e d'infanterie avait 9 cas en février, dans cette caserne, l'artillerie de forteresse qui l'habite aussi et boit la même eau, n'en avait aucun et dut attendre la fin de mars pour en présenter un, suivi d'un second, le 14 avril, et d'un 3e, le 7 mai. Sans parler des 3 cas que l'eau des puits des forts n'a pas empêchés d'éclore.

3° *Avesnes*. — La ville d'Avesnes a une distribution municipale depuis 1882. Elle a capté, en 1881, une source à bassin ouvert qui existait déjà, à 25 ou 30 mètres du bord gauche du bras gauche de l'Helpe, et, dans un second bassin, immédiatement en aval du précédent, deux ou trois sourcins qui parurent devoir rendre l'approvisionnement plus abondant. Un troisième bassin, entre le second et l'Helpe, utilisait, à titre de lavoir public, le trop plein des autres. Le tuyau d'aspiration de l'usine élévatoire plongeait dans le second bassin; deux corps de pompe perçaient la voûte du premier, et alimentaient deux pompes à balancier, publiques, appuyées contre la maçonnerie qui soutient le sol sur lequel repose la prison civile.

Les casernes, rattachées à cette distribution, n'utilisent pas d'autre eau depuis deux ans. En ville, on a conservé d'anciens puits et surtout des citernes; mais, à très peu d'exceptions près, on ne boit que l'eau municipale.

Cette eau, néanmoins, *est très suspecte*. Je l'ai dit, il y a déjà longtemps, et j'ai répété naguères, dans un document officiel, que l'approvisionnement d'Avesnes ne sera pas acceptable, tant que la ville n'aura pas abandonné la source actuelle pour aller capter des sources à distance, en terrain filtrant et à l'écart de toute agglomération humaine.

L'eau d'Avesnes est suspecte pour trois raisons capitales:

a. A cause du *lieu du captage*, au milieu de la ville, ou plutôt au bas du rocher en saillie sur lequel est bâtie l'ancienne ville d'Avesnes, au point de jonction de celle-ci avec le quartier bas. Les pentes de l'espace habité dirigent vers ce point toutes les impuretés de surface. La fréquentation du lavoir voisin et la percée d'une voûte pour y faire passer des corps de pompe complétaient alors les dangers.

b. A cause du *voisinage de l'Helpe*. Le niveau des bassins est supérieur à celui de la rivière et ceux-ci se déversent dans celle-là, en temps ordinaire. Il n'en est plus de même aux crûes du cours d'eau. Non seulement celui-ci peut alors refouler l'eau souterraine vers les bassins de captage, ce qui n'est peut-être pas très dangereux, mais encore et surtout, passer par dessus bord et pénétrer directement dans ces bassins en remontant la conduite de déversement: ce qui arrive. L'Helpe est fort maltraitée par l'industrie des laines de la région. De plus, une partie du village d'Avesnelles, à 2 kilom. en amont, s'en sert comme d'égout, et, à Avesnes même, les riverains en font autant.

c. Mais le plus grave de tout est la *provenance de l'eau*. La ville est construite sur un rocher de calcaire carbonifère, choisi, au XIe siècle, par les seigneurs d'Avesnes, pour y élever un château-fort, dont la prison civile actuelle occupe peut-être l'emplacement. Les couches de ce rocher plongent presque verticalement vers le Nord, c'est-à-dire vers la rivière.

« Dans ces calcaires compactes en couches inclinées, dit encore M. le professeur Gosselet, les eaux circulent: 1° entre les bancs, quand ils sont séparés par des lits de schistes calcaires perméables; 2° dans les fentes perpendiculaires à la direction des couches, fentes toujours irrégulières; 3° dans des cavités, espèce de citernes ou de cavernes, qui peuvent être en communication permanente ou intermittente avec l'extérieur.

« L'eau qui alimente la source d'Asvesnes sort d'une fente perpendiculaire aux bancs, fente qui récolte l'eau d'un certain nombre de nappes, parallèles à ces bancs. Ces conditions fournissent une eau très bonne à la campagne, mais elles sont déplorables sous une ville. Les eaux qui coulent aux moindres pluies, celles qu'on y jette, pénètrent et filtrent entre les bancs calcaires et vont alimenter les fissures et les sources. Or, par l'isolement du rocher d'Asvesnes, les eaux qui y pénètrent ne peuvent guère venir que de la surface de la ville; tout au plus, pourrait-il en venir un peu de la région Ouest, vers la route de Landrecies. Il ne peut en venir du plateau Sud, car ce plateau repose sur des

Valence a en outre l'asile del Campo, établissement particulier que je n'ai pas été autorisé à visiter, et qui reçoit environ 400 orphelins.

Un autre établissement provincial de charité qui joue le même rôle que la Casa de misericordia, c'est la Maison de bienfaisance, ou Casa de beneficiencia, qui a 250 filles, 400 garçons, 40 vieillards. L'établissement, nouvellement bâti, est divisé en sept cours, les unes destinés aux vieux, les autres sur lesquelles donnent deux ateliers aux enfants qui ce jour-là (un dimanche) jouaient aux soldats, costumés originalement et armés de sabres de théâtre; les dortoirs, les réfectoires, tous les services sont bien organisés; il y a une infirmerie et une salle d'isolement.

L'école des garçons est fort curieuse; elle se compose d'un immense T. dont la branche supérieure est naturellement divisée en deux salles, gauche et droite; cette branche renferme 260 élèves, divisée en deux classes dont les professeurs ont leur chaire aux deux extrémités, la chaire de la branche verticale est à l'intersection.

Parmi les œuvres de la charité privée j'ai visité à Alicante, tout à côté de la « Maison de Bienfaisance » existant dans chaque province un « asile des enfants pauvres » fondé il y a six ans par une femme généreuse et destiné plus spécialement aux enfants des ouvrières de la fabrique de tabacs. L'enseignement est confié à cinq sœurs qui reçoivent environ 250 enfants repartis en écoles de garçons, de filles et maternelles. Les ouvrières conduisent là leurs enfants, dès 5 heures du matin, en allant à leur ouvrage, mais les enfants n'entrent en classe qu'à 9 heures, et au repas de midi qui suit une récréation d'une demi heure, on leur sert, moyennant 5 centimes une bonne soupe de riz et de pommes de terre.

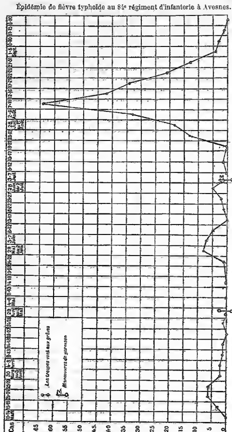
(A suivre.) Dr C. Delvaille.

schistes imperméables, où les fissures perpendiculaires aux bancs n'existent pas.

« Le plus grand danger consiste dans les petites cavernes dont la position est inconnue, où l'eau peut s'amasser et croupir pendant des mois, des années, puis s'ouvrir un passage, soit parce que la pression, ayant augmenté, aura débouché une fente qui s'était obstruée, soit parce que le niveau de l'eau aura gagné l'ouverture principale de la cavité.

« Les deux surgeons, qui sont près de la rivière, peuvent provenir de la nappe souterraine qui passe à travers les dépôts meubles de le vallée: mais je crois plutôt qu'ils proviennent d'un prolongement de la fente qui livre passage à la fontaine. »

Épidémie de fièvre typhoïde au 84e régiment d'infanterie à Avesnes.



Je partage l'avis de M. Gosselet à l'égard des sourcins. Peut-être leur eau serait-elle meilleure si elle sortait du terrain véritablement filtrant, au lieu d'avoir glissé le long d'interstices qui ne retiennent les germes que par leurs rugosités et l'affinité adhésive des surfaces, à la faveur d'un cheminement lent de l'eau.

Notons que la ville a, pour une part, le tout-à-la-rue et, pour une autre, des fosses fixes, dont quelques-unes ne sont jamais vidangées, par conséquent sont des puits perdus. Il n'est pas certain, toutefois, que celle de la Prison civile soit dans ce dernier cas; on l'a accusée; cependant, à la vidange semestrielle de juin, on en retira 200 hectolitres de liquide, ce qui prouve une certaine étanchéité.

Telle est l'eau d'Avesnes. On ne dira pas que je la protège. Cependant, il ne faut pas faire de procès de tendance. Pendant dix ans, cette eau était dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui et ne faisait pas d'épidémie typhoïde, bien que la semence ait été apportée souvent. On ne me fera jamais adopter ce raisonnement, dont il y a des exemples: « Le bacille typhique *a pu* arriver dans les eaux; donc il y était. » Rien n'a prouvé que l'épidémie du 84e régiment, ou celle de la population civile, qui a copié, en la suivant, l'épidémie militaire, aient eu leur origine dans la contamination de l'eau.

En revanche, l'hypothèse de la véhiculation aqueuse, dans les circonstances actuelles, a contre elle de graves objections:

1° L'état sanitaire antérieur de la garnison et des habitants, pendant neuf ans, avec la même eau;

2° Le fait que l'épidémie avait commencé le 10 mars, *avant* l'irruption, unique de l'année, de l'Helpe dans les bassins, laquelle eut lieu le 31 mars, au témoignage de M. le Directeur du service des eaux. D'ailleurs, la fièvre typhoïde, au quartier d'Avesnelles dit *le Rivage*, qui borde l'Helpe et, par suite, est le plus compromettant pour ce cours d'eau, n'eut son premier cas que le 1er avril, ainsi que me l'a confié M. le Dr Gardin, qui a toute la clientèle de ce quartier. Je soupçonne fort que c'est Avesnes qui, cette fois, a envoyé la fièvre typhoïde à la localité voisine, en remontant. En 1890, Avesnelles avait eu 12 cas de cette maladie et Avesnes, ne s'en était pas aperçu;

3° le début de l'épidémie par la garnison. La caserne n'a que des latrines à tinettes mobiles (Goux-Thuasme), y compris l'infirmerie. Les soldats n'ont pu déposer leurs excrétions ni sur le sol, ni dans le sol; ces excrétions n'ont donc point coulé à travers le rocher jusqu'à la source qui abreuve les habitants; ce n'est pas l'eau qui a été l'intermédiaire entre les premiers et les seconds;

4° la façon lente et l'inégalité avec lesquelles l'épidémie a débuté chez la troupe. Dans les deux premières poussées, comme on l'a vu, la 1re compagnie du 1er bataillon a eu 16 cas, alors que les sept autres compagnies n'en avaient que de 3 à 8 et la section hors rang aucun. Celle-ci buvait pourtant aussi l'eau d'Avesnes;

5° l'échec de l'ébullition de l'eau de boisson comme prophylactique. Cette pratique, mise en vigueur sur ma demande le 25 mars, a duré jusqu'en octobre. Elle a été bien accueillie par le régiment, qui, pour des raisons particulières, avait en quelque sorte l'habitude des infections. Elle a été sévèrement appliquée, et, d'une enquête instituée en août à cet égard, il résulte qu'à la caserne, 34 hommes seuls ont quelquefois enfreint la prescription. Ils n'en ont pas été plus malades; deux d'entre eux seulement ont été « légèrement atteints »;

En ville, on ne peut savoir. Mais une salutaire terreur de l'eau d'Avesnes commençait à se répandre. Quand j'y descendais, l'hôtel ne m'offrait, aux repas, que de l'eau minérale (il va sans dire que je la refusais);

6° L'abstention forcée de l'eau d'Avesnes par les Compagnies pendant qu'elles étaient encore aux grèves. La 1re du 2e bataillon, qui est restée à Sains 22 jours, du 1er au 22 mai, n'en a pas moins eu 44 typhoïsants, dont 38 après cette dernière date; tandis que la 4e compagnie du même bataillon, la seule de la portion centrale qui ne soit pas allée aux grèves, n'a que 30 malade et se trouve la moins éprouvée de toutes. avec la 3e du 1er bataillon, qui a 29 cas et la 4e du même bataillon, qui en a 28;

7° L'existence de la fièvre typhoïde, à Avesnes même, dans des maisons, rue de Maubeuge, où, à cause de l'éloignement de la dernière borne-fontaine municipale, on consomme exclusivement de l'eau de puits ou de citerne. M. le Dr Pénot, médecin-major du 84e, m'a cité trois malades qui n'avaient jamais bu que cette eau et trois autres qui la buvaient le plus ordinairement;

8° La propagation du fléau dans les communes environnantes, Haut-lieu, Bas-lieu, Saint-Hilaire, Flaumont, Avesnelles et jusqu'à Wargnier-le-Grand, à la faveur des communications avec Avesnes et, parfois, à l'occasion de l'arrivée des réfugiés d'Avesnes. On dira que ces réfugiés ont contaminé les eaux du lieu qui les recevait. Mais il faudrait le prouver: je montrerai que, parfois, l'intermédiaire a été un tiers indemne;

9° L'immunité jusqu'en juin des détenus (environ 90) de la prison d'Avesnes, qui boivent l'eau municipale, mais sont isolés judiciairement; et, en revanche, la contamination de 10 au moins des jeunes gens de Fourmies et autres lieux, condamnés en juin à des peines variant entre huit et quinze jours de prison, qu'ils vinrent purger du 12 juillet au 26 août dans une période pendant laquelle, depuis cinq ans, il est de règle de donner à boire aux détenus de l'infusion de gentiane. Mais, à cette époque, la fillette du gardien-chef, qui va à l'école, avait la fièvre typhoïde, et quelques uns des employés logés en ville l'avaient dans leurs maison;

10° Enfin, les résultats de l'analyse bactériologique. Cette analyse a été accomplie quatre fois dans l'année, aussi officiellement que possible, dans le laboratoire du Val-de-Grâce, sur des échantillons prélevés aux dates du 27 mars, du 27 juin, du 28 août et du 24 octobre. La première et la dernière signées de M. Vaillard, déclarent l'eau d'Avesnes excellente; les deux autres, dont l'une porte le nom de M. le Dr Rouget, adjoint de M. Vaillard, la dénoncent comme détestable et dangereuse. C'est bien là la caractérisque de cette eau, qui peut-être très pure de germes (150 à 200 par cc.) à un moment donné et fourmiller d'organismes suspects un peu tard, bacilles florescents putrides, à cultures fétides, bacilles du côlon.

Mais ce qu'il faut noter, c'est d'abord : que cette eau était absolument sans soupçon le 27 mars, au moment où la première phase épidémique était constituée et que la maladie gagnait déjà la ville; puis, qu'aux plus mauvais moments, on y a trouvé le bacille du côlon, mais *jamais le bacille typhique*; qu'enfin, la richesse en bactéries a marché comme la courbe des cas de fièvre typhoïde, mais *en suivant et non en précédant* les oscillations de celle-ci.

Il faut attacher quelque importance à l'absence du bacille typhique, parce que les termes des auteurs des analyses indiquent qu'ils ne considèrent pas le bacille d'Eberth et le bacille d'Escherich comme un seul et même microbe. Je ne doute pas que les médecins, qui regardent toujours le premier comme le seul et véritable typhogène, ne soient impressionnés de cette constatation négative, dans une occasion où tout était réuni pour faire foisonner ce microbe dans les eaux. Quant à ceux qui ont des sympathies pour le second, comme c'est presque mon cas, au nom du *microbisme latent*, ils ne seront guère moins étonnés que les exacerbations de l'épidémie ne correspondent nullement aux époques où le bacille du côlon était le plus abondant dans l'eau d'Avesnes. Ainsi, l'on trouve beaucoup de bacilles du côlon le 27 juin, et ce n'est que le 24 juillet que l'épidémie recommence, après un silence complet de quinze jours; même constatation le 28 août, et l'épidémie militaire finit le 15 septembre. En revanche, cet organisme suspect manquait absolument le 27 mars; et il y a de la fièvre typhoïde jusqu'au 24 avril. D'après l'ensemble de la courbe (n° 2), les poussées épidémiques ont bien plutôt l'air de sortir les unes des autres que d'un milieu d'usage commun et fatal comme l'eau de boisson.

Pour un peu, je dirais que c'est la fièvre typhoïde qui a mis des bacilles d'origine fécale dans l'eau, plutôt que les bacilles n'ont engendré la fièvre typhoïde. L'état fébrile favorise extraordinairement la multiplication des bacilles du côlon, ainsi que l'ont habilement démontré MM. Bard et Aubert. On a donc dû en faire beaucoup à Avesnes, en juin, juillet, août. Avec les coutumes locales et les fentes du rocher, il a dû en passer un certain nombre dans la source des eaux publiques. Au besoin, les nombreux visiteurs, hygiénistes, fonctionnaires, enquêteurs (j'en étais), administrateurs municipaux, architectes et ouvriers, qui sont venus voir les travaux de prise d'eau, y modifier ou « améliorer » quelque chose, à l'occasion de cette calamité, auraient apporté le bacille du côlon dans les bassins de captage, sous leurs semelles qui avaient traversé les ruisseaux de la ville, et que personne ne désinfectait avant de pénétrer sons les voûtes des ouvrages.

Mais je n'ai garde d'apporter ici, sous prétexte d'arguments, des hypothèses et des inductions dans le genre de celles que je critiquais précisément tout à l'heure. En fait d'hypothèses, je préférerais encore accepter celle-ci, qui peut être agréable aux partisans de l'étiologie hydrique et, pour cette raison, me le serait à moi-même (par esprit de conciliation), à savoir que, par un cercle malheureux, les bacilles du côlon, venus de la fièvre typhoïde qu'ils n'ont point faite, ont pu contribuer, à leur tour et à un certain moment, à propager et à généraliser le fléau. Malheureusement, ce n'est qu'une hypothèse.

Avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer que, lors du prélèvement des échantillons du 24 octobre, le captage des eaux d'Avesnes venait d'être « amélioré » par la suppression du lavoir et du deuxième bassin et par le transfert du tuyau d'aspiration de celui-ci dans le bassin de la source ancienne, la source n° 1, prolongée par une galerie de 2m50 dans le rocher. Nous n'avons, naturellement, tenu aucun compte, dans les considérations qui précèdent, de cette prétendue amélioration, dont le seul effet est d'assurer plus exclusivement à la ville, pour sa boisson, l'eau de son ro-

cher, c'est-à-dire de ses rues, de ses ruisseaux et de ses puits perdus.

(A suivre).

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

L'étude de la syphilis héréditaire touche à bien des questions, dont quelques-unes sont encore controversées. Le professeur J. Neumann, de Vienne, qui a depuis longtemps consacré une attention spéciale à cette étude, vient de publier les résultats des observations qu'il a été à même de faire pendant les dix dernières années, et relatives aux conditions dans lesquelles s'opère la transmission de la syphilis héréditaire. Ces résultats sont surtout de nature à compléter les notions déjà acquises au sujet du retentissement de la syphilis post-conceptionnelle de la mère sur le fœtus.

a. L'enquête du professeur Neumann a porté d'abord sur 115 femmes-mères, infectées avant la conception, avec un total de 208 grossesses, dont :

57 se sont terminées par un avortement;
5 — — — accouchement avant terme;
78 enfants sont morts quelque temps après la naissance;
5 vivent et présentent des accidents syphilitiques;
2 — et sont atteints d'une atrophie généralisée;
61 venus à terme jouissent d'une bonne santé.

Sur les 115 femmes en question, 71 avaient contracté la syphilis depuis peu de temps et ont fourni un total de 99 grossesses, dont :

40 se sont terminées par un avortement;
4 — — — accouchement avant terme;
4 enfants sont venus au monde mort-nés;
24 — — morts plus ou moins longtemps après la naissance;
5 vivent et présentent des accidents syphilitiques;
2 — et sont atteints d'une atrophie généralisée;
20 venus à terme sont en bonne santé.

Donc, dans les cas où la syphilis maternelle avait été contractée peu de temps avant la conception, la proportion des enfants mis au monde vivants et avec des chances de rester indemnes de la syphilis congénitale a été de 20/79, tandis qu'elle s'est élevée à 41/68 dans les cas où la syphilis de la mère datait déjà d'une époque relativement éloignée. La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point que la syphilis récente, chez la mère, exerce sur le fruit de la conception une influence plus fâcheuse que la syphilis relativement ancienne. Comme d'autres, le professeur Neumann a pu constater l'action salutaire du traitement mercuriel, chez les femmes syphilitiques, sur les grossesses ultérieures.

b. Sur un total de 76 naisances survenues dans des cas où l'infection syphilitique avait coïncidé avec la conception, M. Neumann n'en compte que 12 où les enfants sont venus au monde vivants et en bonne santé, tous les autres sont morts. Dans 7 de ces 12 cas, la mère a été soumise à un traitement mercuriel.

c. Dans 23 cas, l'infection syphilitique chez la mère et le père a suivi la conception; de ces 23 grossesses :

7 se sont terminées par un avortement;
3 — — — une accouchement avant terme;
4 enfants avaient des manifestations syphilitiques au moment de la naissance;
6 enfants sont nés à terme et en bonne santé.

Il n'est pas douteux, d'après cela, que la syphilis contractée par une femme après la conception puisse être transmise au fœtus. L'expérience démontre d'ailleurs que l'intensité de la syphilis transmise dans ces conditions est d'autant moindre que la grossesse était plus avancée au moment de la contamination, voire que celle-ci n'a aucun retentissement sur le produit de la conception, lorsqu'elle se produit au neuvième mois de la grossesse. Un fait observé par M. Neumann le démontre de la façon la plus nette. Il s'agit d'une femme qui a contracté la syphilis pendant le dernier mois d'une grossesse et qui mit au monde un enfant à terme et bien portant. Sept mois plus tard, la mère communiqua la syphilis à l'enfant (chancre au nombril).

d. Dans 26 autres cas de syphilis post conceptionnelle chez la mère, le père était déjà malade au moment de la conception; de ces 26 grossesses :

11 se sont terminés par un avortement;
1 s'est terminé par expulsion d'un fœtus macéré;
6 enfants présentaient au moment de la naissance des accidents syphilitiques;
6 autres sont nés à terme et en bonne santé.

e. Enfin dans 27 autres cas de syphilis post-conceptionnelle chez la mère, on n'a pas pu être renseigné sur l'état de santé du père au moment de la conception.

M. Neumann s'est occupé ensuite du mode de transmission de la syphilis, qualifiée par Ricord de choc en retour, transmission qui s'effectue du fœtus à la mère. On sait depuis longtemps que les mères saines, en apparence du moins, et qui allaitent leurs enfants venus au monde avec la syphilis, ne contractent pas cette maladie. M. Neumann a inoculé à des mères l'exsudat recueilli à la surface de papules syphilitiques chez leurs enfants nouveau-nés, qui étaient en puissance d'une syphilis congénitale au moment de la naissance; il n'a jamais obtenu de résultat positif. Tout cela prouve-t-il que les mères étaient elles-mêmes en puissance d'une syphilis latente qui leur avait été communiquée par voie de choc en retour? M. Neumann ne le pense pas. Aujourd'hui que l'on sait qu'on peut être réfractaire à une maladie contagieuse sans avoir contracté celle-ci, le médecin de Vienne incline plutôt à croire que dans les cas en question, les mères en portant dans leurs flancs un produit de conception syphilitique, avaient acquis l'immunité contre la syphilis sans contracter cette maladie.

En somme, M. Neumann conclut que la syphilis congénitale est plus souvent transmise par le père que par la mère, et cela parce qu'il y a plus d'hommes que de femmes ayant la syphilis. Cette maladie se transmet au fœtus, alors qu'elle a été contractée par la mère après la conception, lorsque toutefois l'infection syphilitique chez la mère ne se produit pas à une période très avancée de la grossesse. La syphilis congénitale est plus grave lorsqu'elle est transmise par la mère que lorsqu'elle vient du père, parce que dans le premier cas le virus n'est pas contenu seulement dans l'œuf, mais aussi dans le sang maternel, qui nourrit le produit de la conception. La syphilis a d'autant plus de chance d'être transmise par les parents, que ceux-ci se trouvent à une période plus rapprochée de l'infection syphilitique; la transmission s'opère surtout pendant les trois premières années qui suivent la contamination, mais elle peut se faire même après dix et vingt ans. Quant à la fréquence du retentissement de la syphilis des parents sur le fruit de la conception, elle se chiffre

ainsi d'après les données recueillies par M. Neumann.

	Mortalité	Nocivité
	—	—
Syphilis anté-conceptionnelle..........	65 0/0	70 0/0
— post —	39,8 —	72 —
Conception et infection simultanées.....	75 —	91 —

En résumé, la syphilis n'est pas seulement héréditaire, sa transmission au fœtus peut s'opérer après la conception. Transmise dans les premiers temps de la conception, elle tue presque toujours l'œuf; son action nocive est d'autant plus faible, qu'elle est transmise à une époque plus rapprochée de la fin de la grossesse ; une syphilis acquise par la mère au neuvième mois est sans retentissement sur le fœtus.

Et en manière de conclusion finale, M. Neumann constate que les résultats de son enquête montrent une fois de plus que la syphilis est devenue une véritable calamité, qui mérite d'attirer l'attention des pouvoirs publics.

E. R.

REVUE CRITIQUE

SUR UNE APPLICATION DE LA CHIMIE HUMORALE.

Si l'intérêt des questions scientifiques se mesurait toujours à leur importance, les questions de chimie biologique mériteraient assurément de tenir la première place dans les préoccupations des pathologistes. Il n'en a pas été ainsi jusqu'à présent, mais cela tient à ce que les études de ce genre sont naturellement abstraites et un peu arides, exigeant par surcroît une compétence particulière qui longtemps encore sera le privilège exclusif et enviable d'un petit nombre. Puis, les notions qui se dégagent de ces études ne comportent guère de déductions cliniques et d'applications pratiques immédiates, et c'est encore une des raisons qui expliquent le peu de faveur que la chimie humorale a rencontré jusqu'ici auprès du public médical. En pareille matière, il y a une sorte de parti pris d'indifférence assez difficile à justifier, mais qui, indubitablement, fera place un jour à une disposition contraire. Pourtant cette branche de la science, très en honneur dans certains pays étrangers, a déjà réalisé de grands progrès, au point que son intervention dans certaines questions de médecine générale est devenue véritablement indispensable. Il suffirait de citer l'histoire de la goutte, du diabète, de l'albuminurie, pour montrer l'utilité de ce présent auxiliaire de la pathologie générale et de la thérapeutique, et pour faire ressortir les services qu'il peut rendre à l'effet de résoudre tant de points restés obscurs dans l'histoire de bien des maladies La lecture du mémoire que M. A. Robin a publié récemment sur la balnéation chlorurée sodique est faite pour donner à nouveau une idée de cette importance.

Dans ce travail, notre collègue a cherché à préciser les effets de la balnéation vis-à-vis de la nutrition et à dégager ses nouvelles indications. Cette tentative correspondait à un besoin réel, le besoin de faire sortir la thérapeutique balnéaire de l'empirisme qui en a été jusqu'à présent l'inspirateur à peu près exclusif, et de lui donner une base scientifique solide. Un auteur allemand, cité dans ce mémoire, a dit fort justement à ce propos que nos connaissances actuelles ne suffisent point pour établir une théorie satisfaisante ou une explication des effets des eaux minérales sur les différents états pathologiques. Pour donner une idée de l'incertitude de nos connaissances dans ce domaine, il suffira de rappeler que, tout récemment encore, il y avait désaccord sur la question de savoir si la peau saine et intacte de l'homme absorbe réellement les substances minérales en dissolution dans les bains. Cette question est aujourd'hui résolue, grâce à des expériences rigoureuses : mais précisément parce qu'elle est résolue dans le sens négatif, les théories anciennes s'écroulent, privées de leur point d'appui fondamental, et il devient urgent de leur substituer une autre conception. C'est ce que M. Robin s'est efforcé de faire, et nous pensons que sa tentative sera appréciée par tous ceux qui se rendent compte de la difficulté du problème.

Si l'absorption des principes minéraux par la peau est nulle, dans les conditions normales, il faut admettre que l'action du bain thermal s'exerce par un autre procédé. Suivant M. Robin, ce procédé est représenté par une action de stimulation vis-à-vis des centres nerveux, dont la peau représente en quelque sorte l'épanouissement terminal et le champ de ramification. Vraisemblablement, cette stimulation sera proportionnelle à la température du bain, à son degré de concentration. Le seul moyen de mesurer directement le sens et l'intensité de ces modifications nerveuses, ce sera la détermination des variations produites à la suite du bain dans les échanges organiques. Pour résoudre cette difficile question, notre collègue a institué une série d'expériences pour lesquelles un confrère a consciencieusement prêté son concours. Dans ces expériences, il a recherché respectivement les effets du bain au quart, du bain demi-sel, et du bain au maximum de concentration. Il a constaté ainsi que chacune de ces catégories de bains possède une sorte de spécificité d'action qui paraît étroitement liée au degré de concentration. Cette remarque pourra étonner, mais elle est parfaitement fondée, vu la précision des expériences qui en ont été le point de départ. Il y a aussi des conclusions qui s'appliquent à chaque catégorie de bains examinée en particulier. Elles résultent d'une série d'analyses résumées dans des tableaux comparatifs qu'il y a profit à étudier, en dépit de leur aridité apparente.

Ce qui intéresse spécialement le médecin, dans ces recherches originales et vraiment nouvelles, ce sont les déductions qui s'en dégagent et les applications pratiques auxquelles elles peuvent donner lieu. Dans cet ordre d'idées, M. Robin a pu formuler des propositions très nettes, qui donnent dans une certaine mesure satisfaction à l'esprit : en tous cas, ces propositions sont l'aboutissant logique des expériences qu'il a dirigé méthodiquement, avec la conviction anticipée de toucher au but entrevu. Aussi, nous ne voyons guère d'objection à lui opposer, quand il dit que le bain au quart convient presque exclusivement aux malades chez lesquels il n'y a lieu d'augmenter, ni les échanges azotés, ni les oxydations, à ceux qui ont une tendance à maigrir ou qui fabriquent de l'acide urique en excès : car cette proposition se dégage logiquement d'analyses exécutées avec toute la correction désirable. Même absence d'objections quand il s'agit du bain demi-sel, que M. Robin veut interdire aux uricémiques et qu'il réserve pour les cas où il s'agira d'activer les échanges des tissus collogènes, conjonctifs et fibreux, avec l'objectif final de favoriser la résorption des exsudats pathologiques dans les affections ganglionnaires torpides, les manifestations scrofuleuses et les hyperplasies conjonctives : on, quand il s'agit du bain pur sel, qui par son action accélératrice et stimulante vis-à-vis des oxydations

organiques, conviendra aux individus à nutrition languissante et à oxydations retardées, catégorie qui comprend un grand nombre de malades et représente par le fait une grande variété d'applications. En définitive, les propositions qui consacrent l'action médicamenteuse dans ces trois groupes de cas ressortissent à des expériences précises, et dès lors ne sont guère discutables. La question est de savoir si l'on doit dès maintenant généraliser ces propositions, et si elles pourront suffire désormais à gouverner les indications thérapeutiques.

Sur ce dernier point, on sera peut-être enclin à partager notre réserve, après avoir vu l'énumération des états pathologiques dans lesquels la médication chlorurée sodique serait indiquée, suivant M. A. Robin. — En effet, ces états pathologiques sont extrêmement variés, parfois sans lien entre eux, ou même presque opposés, ce qui implique une sorte de contradiction dans les conclusions d'ensemble qui les concernent. D'autre part, les données chimiques invoquées pour justifier l'établissement où de telle indication de telle contre-indication pourront sembler parfois un peu théoriques, et comme empreintes d'un caractère de subtilité qui, aux yeux de quelques-uns, entraînerait facilement le reproche de fausse précision. Mais ce serait là un simple procès de tendance, et une critique d'ordre aussi général, ne saurait infirmer la valeur d'un travail fondé entièrement sur des faits expérimentaux incontestables. Si les conclusions paraissent précoces et hasardées, cela tient en partie à ce qu'il s'agit là d'un ordre de recherches à peu près nouveau et d'un chapitre de pathologie encore peu exploré jusqu'à ce jour. La génération actuelle n'est guère familiarisée avec ces problèmes de chimie biologique dont la solution est pourtant indispensable à l'achèvement de nos connaissances dans certaines parties du domaine de la médecine. Des travaux pareils à celui que nous venons de citer ne peuvent que contribuer à faire cesser cette ignorance relative, et hâter le moment où nous pourrons faire passer des notions, d'abord purement théoriques, sur le terrain de l'application courante.

P. Muselier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pneumonie à Oyonnax (années 1888, 1889 et 1890), par le Dr Ch. Fiessinger. — Paris, O. Doin, éditeur, 1891.

Ayant eu l'occasion, pendant ces trois dernières années, d'observer nombre de grippes avec congestion pulmonaire simulant la pneumonie, et d'un autre côté des pneumonies évoluant avec les allures d'une maladie générale, sans localisation immédiate du principe infectieux, et ressemblant à des grippes graves, M. Fiessinger a décrit la symptomatologie de la pneumonie telle qu'il l'a observée dans tous les différents cas, et a bien fait ressortir les analogies multiples qui relient la grippe à la pneumonie, ainsi que leurs points de dissemblance. — Il a mis en lumière les points suivants :

1° Quand la grippe est fréquente et grave, la pneumonie est fréquente et peut devenir très grave ; 2° le nombre des pneumonies diminue quand la grippe est fréquente et peu grave ; 3° elle tend à disparaître quand la grippe est peu fréquente et peu grave.

La grande majorité des grippes et des pneumonies est tassée dans les mois d'hiver et ceux de printemps.

Le frisson initial est rarement constaté au début de la grippe épidémique et de la pneumonie. Une première atteinte d'une de ces deux maladies prédispose à une seconde. Quel que soit son degré de virulence, le pneumocoque n'attaque pas indistinctement tout le monde ; l'infection dans la pneumonie se fait surtout sur un organisme prédisposé par une maladie antérieure ou par un état général défectueux. Quand la gravité est due à la virulence du pneumocoque, la maladie débute sous les apparences d'une maladie infectieuse sans localisation primitive vers les poumons ; si, au contraire, elle est due à un affaiblissement de l'organisme, elle débute par les symptômes pulmonaires.

Cette dernière forme s'observe surtout chez les vieillards, la première, vers l'âge de 20 ans. Quand la virulence du pneumocoque et l'affaiblissement de l'organisme sont associés, l'infection donne lieu à des types cliniques intermédiaires. Le pronostic est fâcheux si le pouls est fréquent et la température basse. Il y a assez souvent de la diarrhée qui n'a aucune signification pronostique.

La pneumonie peut être abortive et ne pas durer plus de 5 jours (dans la proportion de 10 0/0) ; elle ne se distingue de la pneumonie classique que par sa durée moindre ; les crachats sont d'ordinaire rouillés ; la lésion est précoce. La pneumonie abortive peut avoir des complications ; dans un cas elle a été suivi d'aortite aiguë mortelle.

M. Fiessinger recommande les injections sous-cutanées d'éther et de caféine dans les pneumonies infectieuses.

Ce mémoire très clair et qui témoigne d'un vrai talent d'observateur et de clinicien, est appuyé sur 50 observations rapportées d'une façon très complète et accompagnées des courbes graphiques de la température et du pouls. Nous n'avons pas besoin de faire l'éloge de ce travail d'un collaborateur justement apprécié.

F. Deléage.

APPAREIL DIGESTIF

Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité (lavement électrique), par Ed. Voizot.

Le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité paraît remonter à l'essai fait par Leroy d'Etiolles en 1826. Il fut si encourageant que d'autres médecins le renouvelèrent et obtinrent, eux aussi, malgré l'imperfection de la méthode alors employée, de remarquables effets.

Sous l'impulsion donnée par les études de Duchenne (de Boulogne) l'électrothérapie entra dans une phase nouvelle dont l'occlusion ne tarda pas à bénéficier. La faveur resta acquise aux courants continus malgré l'inconvénient qu'ils présentaient de produire parfois des eschares rectales, inconvénients que M. Boudet de Pâris est parvenu à faire disparaître à l'aide du lavement électrique.

L'élément principal de l'outillage ici nécessaire est un excitateur rectal, composé d'une longue sonde en gomme recourbée que l'on introduit dans le rectum aussi loin que possible. Elle est armée à son extrémité libre d'un mandrin tubulaire métallique dont l'extrémité n'atteint pas le niveau de l'œil de la sonde. Ce mandrin est attaché à l'un des pôles d'une batterie composée de 15 à 20 éléments par un fil conducteur et, au moyen d'un tube en caoutchouc, on raccorde la sonde en gomme à la canule d'un irrigateur ordinaire plein d'eau salée. L'eau s'électrise et répartit le courant galvanique sur tous les points où elle est en contact avec la muqueuse. L'extrémité du mandrin, point maximum de densité du courant, est isolée

par la sonde des parois de l'intestin ; ainsi se trouve évité le danger d'une action chimique.

Le lavement électrique serait la méthode de choix dans le traitement de l'occlusion intestinale si son instrumentation nécessaire ne mettait précisément obstacle à sa généralisation.

Du lavage de l'estomac dans l'obstruction et l'occlusion intestinales, par A. Wigniolle.

Le lavage de l'estomac fournit d'excellents résultats dans le traitement des maladies chroniques de cet organe. Moins reconnus sont ses effets dans l'obstruction intestinale. Il est aisé de comprendre cependant qu'en vidant le réservoir gastrique et par conséquent en calmant les vomissements, les régurgitations et le hoquet; qu'en désobstruant l'intestin sur une étendue variable; qu'en diminuant le ballonnement du ventre et consécutivement la dyspnée; qu'en s'opposant efficacement à l'auto-intoxication par les matières putrides du tube digestif, les fibres musculaires de l'intestin puissent être mises dans des conditions favorables pour reprendre leur vitalité abolie, ou du moins diminuée par l'énorme distension qu'elles ont subie. Pas n'est besoin de faire intervenir l'action indirecte exercée sur le plexus solaire suivant la théorie de Leven ou les actions reflexes, dont le point de départ serait pour Ewald, Senator, Kussmaül, Cahn, l'irritation des terminaisons nerveuses de l'organe par le contact de l'eau pour expliquer son action curative.

Réellement efficace dans l'obstruction, le lavage de l'estomac, a dans l'occlusion, une valeur moins démontrée. Il n'empêche que dans les cas douteux on fera bien de le préférer aux purgatifs ou de le faire précéder tout au moins la série des interventions thérapeutiques.

Le lavage est utile, même quand la laparotomie reste la dernière ressource, soit pour prévenir les vomissements chloroformiques, soit pour diminuer la distension des anses intestinales et favoriser les recherches dans la cavité abdominale, soit enfin pour permettre un retour plus rapide des fonctions et prévenir l'absorption des produits septiques tant par la muqueuse intestinale que par la séreuse péritonéale.

Ch. Amat.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

Suite (1).

ARTICLE 11.

L'exercice simultané de la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien *ou d'herboriste* **est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer des professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.**

Toutefois, tout docteur ou officier de santé établi dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance moindre de 4 kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente.

Le projet voté par la Chambre ne prohibait que le cumul avec la profession de pharmacien. Celui-ci le prohibe également avec celle d'herboriste.

Le second paragraphe de notre article ne figurait pas dans le projet de la Chambre. Cette disposition avait été ajournée, d'un commun accord, jusqu'à la discussion de la loi sur la pharmacie et, dans notre premier commentaire, nous avions omis de faire remarquer que, par conséquent, ce devait être par erreur, que l'article 33 du projet voté par la Chambre abrogeait l'article 27 de la loi de germinal an XI qui, sur ce point, paraissait au contraire demeurer en vigueur jusqu'à la réforme de la législation pharmaceutique.

D'après le second paragraphe de l'article 11, le droit qu'ont exceptionnellement les médecins de vendre des médicaments est plus restreint que sous l'empire de l'article 27 de la loi de germinal, en ce sens qu'il ne suffit plus qu'il n'y ait pas d'officine dans la localité même où ils sont établis, mais qu'il faut encore qu'il ne s'en trouve pas à une distance de moins de 4 kilomètres de cette localité. Comme autrefois ils n'en pourront fournir qu'aux malades qu'ils soignent. La loi devrait trancher aussi la question de savoir si le médecin, établi ou non dans une localité où il n'y a pas d'officine, peut fournir des remèdes à des malades qui l'ont appelé dans une localité éloignée également de 4 kilomètres, de toute pharmacie. Le projet de la Commission de la Chambre se prononçait dans le sens de l'affirmative et, sous l'ancienne législation, la jurisprudence se prononçait dans un sens semblable. (V. tribunal de Versailles, 14 juillet 1868 et Cour de Paris 27 août 1868, Sirey 68-2-269; Briand et Chaudé, t. II, p. 702; Veill n° 109; Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, p. 114).

Sur l'observation faite, dans notre premier commentaire, que c'était largement ouvrir la porte aux abus, que d'autoriser, en outre, les médecins à tenir chez eux un assortiment de remèdes à déterminer, pour satisfaire aux cas d'urgence, même s'il existait une pharmacie dans la localité, un dernier paragraphe portant cette autorisation n'a pas été pris en considération par la Commission du Sénat. Le cas d'urgence serait, en effet, bien élastique.

Quant au second paragraphe de l'article 11, il conviendrait de donner à sa rédaction une tournure plus française; en rectifiant ce singulier membre de phrase : « tout docteur *établi dans les localités où il n'y a pas de pharmacien à une distance moindre de 4 kilomètres !* » C'est de l'auvergnat !

ARTICLE 12

L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :

« *L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient* », *(le reste comme au Code).*

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« **L'action des** *médecins, chirurgiens,* **dentistes, sages femmes et** « *pharmaciens,* **pour leurs** *visites, opérations et médicaments,* **se prescrit** « **par** *deux* **ans.** »

ARTICLE 13 *(nouveau).*

L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3 :

« **Les frais quelconques de** *la* **dernière maladie, quelle qu'en ait** « *été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus,* »

Ces deux articles n'en formaient qu'un dans le projet voté par la Chambre.

Nous rencontrons ici, en ce qui concerne la durée de la prescription, un changement fort important. Elle est ramenée de cinq ans à deux ans, conformément à notre proposition.

(1) Voir le numéro 1, 2 et 3.

Nous avons, dans notre premier commentaire, expliqué pourquoi c'était préférable, pour les médecins eux-mêmes, et d'ailleurs très suffisant. Il n'y a plus à y revenir. Quel service le législateur rendrait à la société, s'il pouvait se décider à établir d'aussi courtes prescriptions libératoires, à peu près en toutes matières, par exemple pour les entrepreneurs, les architectes, etc., auxquels la loi laisse encore trente ans, pour réclamer leur dû ! Pour être tranquille, il faut donc conserver leurs volumineux mémoires et reçus durant trente ans au moins. C'est purement déraisonnable. Quelle belle réforme à accomplir.

Encore sur l'observation que nous en avions faite, on profite sagement de l'occasion que l'on a de modifier l'article 2272 du Code civil, pour appliquer la même prescription de deux années, à l'action du pharmacien. Pourquoi ne pas saisir la même occasion pour décider que les fournitures que font dans certains cas, à leurs clients, les personnes désignées à l'article 12, seront soumises à la même prescription? Pourquoi ne pas trancher aussi la fameuse et délicate question de savoir si le délai de la prescription partira seulement de chaque traitement ou opération terminés (comme le décidait d'ailleurs généralement la jurisprudence), ou bien de chaque visite comme le laisseraient supposer les termes mêmes employés? Quand on modifie des lois, c'est faire œuvre utile que d'y trancher les questions controversées les plus connues.

Enfin le mot « chirurgiens » reproduit ici, parce qu'on l'a trouvé dans l'ancien texte de l'article 2272 du Code civil, devrait être retranché comme on l'a fait, sur notre demande, dans l'article 15 de la loi nouvelle qui, en principe, ne veut plus faire aucune distinction légale entre les médecins et les chirurgiens. Il serait préférable, suivant le texte du projet de la Chambre, d'employer ces expressions : « L'action des docteurs en médecine, officiers de santé. »

En ce qui concerne l'article 13, relatif au privilège, il a été tenu compte : 1° de notre observation tendant à la substitution des mots : « *de la* dernière maladie » à ceux-ci « *de* dernière maladie » qui semblaient s'appliquer seulement au cas de maladie suivie de décès ; 2° de notre observation relative à la reproduction de ces expressions de l'article 2101 du code civil, oubliées dans le projet de la Chambre : « concurremment entre ceux à qui ils sont dus ».

Ici encore, demandons pourquoi le législateur ne met pas fin à certaines controverses fameuses telles que, notamment, la question de savoir ce qui constituera la dernière maladie, au cas de maladie chronique.

Conformément à la proposition formulée dans notre premier commentaire, la disposition concernant la prescription sera incorporée au Code, comme l'était déjà celle relative au privilège, ce qui ne permettra plus de douter que le médecin ait la ressource de déférer le serment à son débiteur, en vertu de l'article 2275 du Code civil.

ARTICLE 14

A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins, *dentistes et sages-femmes* jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

C'est selon notre demande que les dentistes et sages-femmes ont été introduits dans ce texte.

« A partir de la promulgation », continue à porter le texte. Les auteurs du projet oublient qu'ils ont adopté, par l'article 36, une proposition nouvelle qui déclare que la présente loi ne sera pas applicable à partir de la promulgation, mais seulement une année après. A rectifier, car ce sont là deux dispositions inconciliables. Dans l'article ci-dessus, on n'a pas commis la même erreur.

(*A suivre.*) A. Léchopié.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : Traitement du hoquet par la compression digitale du nerf phrénique. — Inconvénients de l'emploi du tartrate de strontiane pour le déplâtrage des vins. — Les vers de terre et la dissémination des bacilles tuberculeux.

Académie de médecine : Calcification des ganglions lymphatiques. — Sur la pente de l'écriture. — Fréquence du tænia en France ; son traitement par les sels de strontiane. — Résultats immédiats de la craniectomie dans un cas de microcéphalie avec arrêt de développement intellectuel.

Société médicale des hôpitaux : Broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale.

Le hoquet se montre parfois extrêmement rebelle, dure pendant des mois, compromet le sommeil, trouble la nutrition et devient ainsi, chez les jeunes sujets, une cause sérieuse de dépérissement. Dans un cas de ce genre, chez une petite fille de 12 ans, qui souffrait depuis une année d'un hoquet incoercible ayant résisté à tous les traitements mis en usage, M. Leloir eut l'idée de comprimer fortement le nerf phrénique gauche entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-mastoïdien. Après trois minutes d'une compression assez douloureuse, le hoquet s'arrêta et depuis lors, il ne s'est pas reproduit.

M. Leloir a eu plusieurs fois l'occasion de traiter de la même manière, et toujours avec succès, des hoquets aigus et chroniques, réfractaires à d'autres modes de traitement. Il voit, dans ces résultats de la compression digitale du nerf phrénique, une application des découvertes de M. Brown-Séquard sur les phénomènes d'inhibition.

— L'Académie des sciences avait été consultée par la Chambre syndicale du commerce en gros des vins et spiritueux de Paris, sur l'emploi du tartrate de strontiane pour le déplâtrage des vins, et avait chargé une commission d'examiner cette question. Le rapporteur de cette commission, M. Duclaux, a fait ressortir les inconvénients, sinon même les dangers de cette méthode qui a pour conséquence de laisser dans le vin du tartrate de strontiane. Sans doute, à l'état de pureté, les sels de strontiane sont inoffensifs ; mais il est difficile de les débarrasser des sels de baryte, qui sont extrêmement toxiques ; sous ce rapport, les produits seraient d'autant plus impurs que la consommation industrielle, par suite, la concurrence seraient plus grandes. D'un autre côté, accepter en principe le déplâtrage des vins, ce serait admettre scientifiquement et même encourager le plâtrage, au détriment de la bonne réputation des vins de France. Sur les conclusions de la commission, l'Académie a donc émis un avis défavorable à l'emploi des sels de strontiane pour le déplâtrage des vins.

— On se souvient des recherches de M. Pasteur sur le rôle des vers de terre dans la conservation et la propagation de la bactéridie charbonneuse. MM. Lortet et Despeignes se sont demandé si ces mêmes vers ne pourraient pas agir de la même façon pour contribuer à la dissémination du bacille de la tuber-

culose. Ils ont fait vivre des vers dans une terre fumée avec des tissus tuberculeux on arrosée avec une macération de ces mêmes tissus. Ils ont constaté ensuite, soit dans le corps, soit dans les excreta de ces lombrics, des bacilles tuberculeux parfaitement vivants et virulents, qui, inoculés à des cobayes, ont provoqné constamment le développement d'une tuberculose mortelle. Les auteurs poursuivent leurs intéressantes recherches.

— L'Académie de médecine a entendu, au début de la séance, la lecture d'une note de M. Colin (d'Alfort), sur la calcification des ganglions lymphatiques, chez les ruminants, en dehors de la tuberculose. Dans ces cas, d'ailleurs, beaucoup plus rares que ceux dans lesqnels la tuberculose intervient, la calcification des ganglions est le plus fréquemment le résultat de l'introduction, dans les voies respiratoires ou digestives, de matières calcaires (carbonatées ou gypseuses) d'origine extérieure. Ceci vient à l'appui de la récente communication de M. Robin sur l'adéno-gypsose.

— L'intervention de l'hygiène dans les méthodes pédagogiques a déjà rendu et est appelée encore à rendre d'importants services. Sous ce rapport, il n'est pas de réforme, si petite qu'elle paraisse, qui ne puisse avoir de grands résultats par le nombre des individus qu'elle intéresse. M. Javal s'est préoccupé de l'influence que l'écriture penchée peut exercer sur le développement de la myopie, dont la fréquence est si grande parmi la jeunesse de nos écoles, et il est d'avis de lui subsituer, pour les jeunes enfants, l'écriture droite. La formule *écriture droite, corps droit, cahier droit*, recommandée par plusieurs commissions officielles, est déjà adoptée en Allemagne. S'il n'en est pas encore ainsi en France, c'est qu'on suppose à tort, suivant notre confrère, que l'écriture droite est plus lente que l'écriture penchée. Or, fait-il remarquer, il est facile de passer brusquement de la première à la seconde : il suffit d'incliner le papier sur la gauche. M. Javal a consacré à la physiologie des mouvements, dans les deux sortes d'écriture, des développements fort intéressants.

— M. Bérenger-Féraud, s'appuyant sur les statistiques qu'il a puisées dans les hôpitaux militaires, a montré la fréquence croissante du tænia en France depuis un demi-siècle. Il fait aussi remarquer que le tænia inerme, provenant du bœuf, s'est substitué au tænia armé d'origine porcine. Enfin, la provenance des bœufs exerce une influence digne d'être notée, car la fréquence du tænia est deux fois plus grande sur les frontières de la Belgique, de la Suisse et snr les côtes de la Méditerranée, que dans le reste de la France. Les moyens prophylactiques auxquels est conduit notre collègue, sont : 1° l'usage de la viande bien cuite; 2° l'augmentation de l'élévage des bœufs indigènes; 3° la destruction des œufs du tænia excrété par les hommes atteints du parasite.

A ce propos, M. Laborde dit que les sels de strontium exercent, sur les œufs de tænia, comme sur le tænia lui-même, une action destructive toute particulière, ainsi que le lui ont démontré ses recherches expérimentales relatives à l'action de ces sels. Les chiens sur lesquels il a expérimenté ont été promptement débarrassés de leurs parasites. Des essais sur l'homme ont donné les mêmes résultats. On peut donner, en pareil cas, pendant cinq jours consécutifs, deux cuillerées à bouche par jour d'une potion contenant 20 gr. d'acétate de strontium, 120 gr. d'eau distillée et quantité suffisante de glycérine. En présence de la difficulté qu'ont certains estomacs à tolérer les tænicides déjà connus, il n'est pas indifférent d'en compter un de plus, d'une administration aussi facile.

— M. Prengrueber a communiqué à l'Académie le cas intéressant d'un enfant de 9 ans atteint de microcéphalie avec asymétrie du crâne, et dont le développement intellectuel était celui d'un enfant de 3 ans. C'était, en somme, un idiot. M. Prengrueber, s'inspirant d'une pratique conseillée il y a un an par M. Lannelongue, est intervenu chirurgicalement et a fait au côté gauche du crâne, dont l'aplatissement était le plus considérable, une brèche osseuse courbe, à concavité inférieure, sensiblement parallèle à la suture sagittale, ayant 2 centimètres de large et de 10 à 11 centimètres de long. Les suites de l'opération ont été des plus simples et la cicatrisation s'est faite rapidement. Mais, en même temps, une amélioration notable et immédiate s'est produite du côté des fonctions cérébrales de l'enfant. Cette amélioration, d'après l'auteur, tient à la décompression générale et locale du cerveau et aux conditions nouvelles d'une circulation cérébrale plus complète. Quant aux effets éloignés de l'opération, ce n'est que dans plusieurs mois, peut-être même plusieurs années, qu'on pourra en juger.

— Le *bacillus coli communis*, qui est l'hôte habituel de notre intestin, a fixé depuis déjà quelque temps l'attention des bactériologistes et donné lieu à de nombreuses recherches. Cet hôte est loin d'être toujours inoffensif, et il faut savoir compter avec lui. Ce n'est pas seulement dans le tube digestif ou ses annexes qu'il accomplit ses méfaits, il émigre de son milieu accoutumé et va jusque dans les voies pulmonaires produire des désordres. C'est ce que, après MM. Gilbert et Girode d'un côté, MM. Vidal et Chantemesse de l'autre, M. Lesage vient d'obtenir.

Il y a déjà quelques années, frappé par la filiation des symptômes, M. Sevestre avait rattaché, chez des enfants en bas âge, des cas de broncho-pneumonie à une infection générale d'origine intestinale. Le contrôle bactériologique faisait encore défaut à cette manière de voir. Sur les conseils de M. Sevestre, son ancien élève, M. Lesage, a entrepris des recherches et vient de fournir ce contrôle. Il a trouvé, en effet, dans les lésions pulmonaires d'enfants atteints de broncho-pneumonie consécutivement à de la diarrhée fétide, à de l'entérite, le corps du délit, c'est-à-dire le bacillus coli dont la virulence était la même que celle du bacillus coli de l'intestin.

Ce n'est pas tout : M. Lesage a trouvé le bacillus coli, dans l'air des salles remplies par des enfants atteints d'entérite infectieuse; le bacille se dépose dans le lait destiné aux enfants et qui constitue pour lui un vrai bouillon de culture; il peut ainsi contaminer des enfants; mais il ne semble dangereux que lorsqu'il émane d'un foyer d'entérite infectieuse; dans les salles indemnes d'un pareil foyer il peut encore se rencontrer : il reste inoffensif.

De ces recherches découlent naturellement, pour les enfants atteints de diarrhée infectieuse, les mêmes mesures prophylactiques d'isolement et de désinfection que pour ceux qui ont la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, etc.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Isidore Bourdon

décédé dans sa 78e année. M. Bonrdon était médecin honoraire des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine. C'était un confrère des plus honorables et des plus honorés.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Chandelux, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de la présente année scolaire, d'un cours de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Sarda, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, d'un cours de pathologie interne.

École de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1892, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Alger.

École de médecine d'Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 20 juillet 1892, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine d'Amiens.

Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1892, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens.

M. Wallet, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale et chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de la présente année scolaire.

École de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira, le 22 juillet 1892, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Rennes.

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé le 25 janvier, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

Internes titulaires. — 1. Pauchet, Guépin, Banzet, Navaro, Honzé, Ripault, Touche, Marmasse, Dufour, Lantzenberg.

11. Chapt, Meslay, Meunier, Chrétien, Launay, Dansenx, Jacquinet, Mirallié, Martin, Gallet-Duplessis.

21. Brunsivie, Picou, Sourdille, Follet, Riche, Bois, Demanthé, Dutournier, Marie (Augnste), Vatel.

31. Perregaux, Sergent, Schwaab, Kahn, Auvray, Savariaud, Brindeau, Thomas, Marie (René), Bodin.

41. Fiquet, Fournier, Manyin-Bocquet, Duvivier, Mignot, Saguet, Zuber, Lemariey, Frey, Thévenard.

51. Delanglade, Jorand, Landowski, Marion, Ferrier, Longuet, Flœrsheim, Raffray, Dauriac.

Internes provisoires. — 1. Wintrebert, Macé, Dujon, Hobbs, Collinet, Baudet, Petit, Martinalb, Diaz, Isidor.

11. Auclair, Arrizabalaya, Flandre, Levi, Bollet, Jeannin, Lombard, Binot, Beaussenat, Josué.

21. Tariel, Onvry, Lenormand, Apert, Gasne, Maupaté, Emerit, Prieur, Escat (Jean), Gellé.

31. Magdelaine, Meize, Bellot, Gesland, Noir, Fauchon, Villeplée, Codet, Lacour, Schweissith, Baillet.

41. Benoit, Plicot, Batigné, Berthelin, Haury, Levet, Larsonneur, Boncour, Chéron, Coulon.

51. Papillon, Courtey, Vandremer, Condamy, Monbouyran, Bonchacourt, Le Juge de Segrais, Luton, Mouchet, Sainton.

61. Chauvel, Ranglaret, Mesnil, Estcat (Etienne), Chabry, Schmid.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 17 AU 23 JANVIER 1892

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 26. — Grippe, 51. — Phtisie pulmonaire, 253. — Autres tuberculoses, 53. — Tumeurs cancéreuses et autres 54. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 16. — Ramollissement cérébral, 17. — Maladies organiques du cœur, 86. — Bronchite aiguë et chronique, 154. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 263. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 42. — Sénilité, 64. — Suicides et autres morts violentes, 38. — Autres causes de mort, 314. — Causes inconnues, 7. — Total 1650.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Revue générale des sciences pures et appliquées. Paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. — Directeur : LOUIS OLIVIER, docteur ès sciences.

Cette Revue — à laquelle collaborent 31 membres de l'Académie des sciences de Paris et les savants les plus illustres de tous les pays, — a pour objet d'exposer, à mesure qu'ils se produisent et en quelque pays qu'ils s'accomplissent, les progrès des sciences positives et de leurs applications pratiques : Astronomie, Mécanique, Physique, Chimie, Géologie, Botanique, Zoologie, Anatomie, Physiologie, Anthropologie ; — Géodésie, Navigation, Génie civil et Génie militaire, Industrie, Agriculture, Hygiène, Médecine, Chirurgie.

Chacun de ses numéros renferme :

1° Quatre grands articles originaux ;

2° L'Analyse bibliographique détaillée des livres et principaux mémoires récemment parus sur les sciences pures et appliquées.

3° Le compte rendu des travaux soumis aux Académies et principales sociétés savantes du monde entier.

Librairie Félix Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain.

L'homme dans la Nature, par P. TOPINARD, 1 vol. in-8°, illustré de 101 figures, faisant partie de la *Bibliothèque scientifique internationale.*

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Sur une arthrite spéciale du pied avec déformation observée chez les vélocipédistes, par le Dr CH. LAVIELLE (de Dax), médecin de l'établissement thermal des Baignots. Une brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 franc.

Technique instrumentale concernant les sciences médicales: Revue des méthodes et instruments usités en chirurgie, Micrographie, Physiologie, Hygiène, etc., par G.-E. MERGIER, préparateur de physique médicale, à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, avec la collaboration des Drs Mosny, L. Audain et F. de Grandmaison. Un volume in-8° de 380 pages avec 470 figures dans le texte. — Prix : 8 francs.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Fonctions du forceps : Préhension, pression et réduction de la tête; Nouveau forceps et nouveau tracteur, théories et expériences à l'appui. Défense du périnée au moyen d'un obstacle apporté à son allongement, par le Dr CHASSAGNY, lauréat de l'Institut. Un volume in-8° de 388 pages avec 37 figures. — Prix : 8 francs.

Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation, par le Dr J. TELLIER, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Un volume grand in-8° de 122 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE EN 1891 SUR LES TROUPES DE LANDRECIES, MAUBEUGE ET AVESNES.

Par le Dr Jules ARNOULD,

Médecin-Inspecteur de l'armée, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine

(Suite et fin) (1).

B. — *Rôle de l'homme.*

Le soldat P., le premier malade de la série de Landrecies, était originaire de Denain et était allé en permission de quarante-huit heures, le 3 décembre 1890, dans cette localité, où il y avait eu plusieurs cas de fièvre typhoïde en septembre, mais non dans le quartier de sa famille. Cet homme, habitué de l'estaminet et, au corps, de la prison, s'est-il infecté au cours de ce voyage? Est-il l'origine de l'infection que manifestèrent, quelques jours après lui, trois hommes du bataillon, dont deux n'étaient pas de la même caserne? Ce sont des questions insolubles. Il n'y a qu'à prendre pour point de départ l'épidémie même de Landrecies, une fois constituée.

Or, à partir de ce moment, la véhiculation humaine est manifeste :

1° La fièvre typhoïde éclate à Maubeuge le 31 janvier, dix-sept jours après l'arrivée du premier évacué de Landrecies.

2° Le soldat Ch. quitte Landrecies le 30 janvier et entre à l'hospice d'Avesnes le 12 février, typhoïsant. Le 10 mars, commence l'effroyable épidémie de cette garnison.

Les « traits d'union » qui nous semblent devoir réunir en une seule les épidémies de Landrecies, Maubeuge et Avesnes, sont, sans doute, légitimes. Je ne vois pas bien comment l'eau aurait été l'un de ces traits d'union. Les relations humaines, au contraire, le fournissent très simplement.

3° Les personnes qui approchent le plus les malades sont particulièrement atteintes :

L'infirmier régimentaire de Landrecies meurt de fièvre typhoïde chez ses parents en février. L'aide-major du 84e, M. De Schuttelaere se couche, avec la maladie, le 27 mai. MM. Marestaing et Dubrulle, médecins-majors, qui soignent, à l'hôpital de Maubeuge, les typhoïsants de Landrecies et d'Avesnes, sont atteints de formes ébauchées.

De la série de Landrecies, un seul infirmier de la section prit la fièvre typhoïde, à l'hôpital de Maubeuge. Mais ceux des typhoïsants d'Avesnes qui furent traités à cet établisse-

(1) Voir les numéros 4 et 5.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 8. — *Maternités. — Tours.*

Un des genres d'établissements laissés par la loi à la charge de la province, c'est la maison de Maternité à laquelle est très souvent jointe celle qui reçoit les enfants trouvés et dans laquelle est un tour.

Le tour, en effet, qui a été supprimé en France, a été conservé en Espagne, et jusqu'ici aucun débat public assez important ne s'est élevé à propos de sa suppression.

Je n'ai pas à faire ici le procès de ce moyen employé pour sauver la vie à un grand nombre d'enfants que leur mère, coupable d'entraînement, aurait supprimés avant ou après leur naissance. Il est certain que le tour, permettant à la mère de cacher ses fautes, l'encourage à laisser la vie à son enfant, sûre qu'elle est qu'on soignera ce petit être qui est sa honte, et que sa misère à défaut de son courage, lui interdit de conserver. Mais tout n'est pas dit, quand l'enfant a été déposé au tour; il n'est même pas sûr qu'il y arrive vivant, car, les conditions clandestines dans lesquelles il est venu au monde, la façon peu hygiénique dont on lui a fait faire ce voyage de la maison au tour par toutes les saisons, par tous les temps, et vêtu, Dieu sait comme, tant d'autres causes ont menacé son existence, qu'il arrive souvent mort au tour. M. Hauser, dans sa monographie de Séville, dit que sur 350 enfants apportés en moyenne chaque année au tour de cette ville, 15 arrivent morts ou mourants.

Une fois au tour, nourris par une femme qui a un ou deux autres enfants au sein et qui n'est qu'une mercenaire, envoyés par l'établissement à des nourrices du dehors, dont les conditions d'hygiène sont déplorables, les pauvres petits êtres voient encore leur vie menacée de diverses façons. Il se pourrait que, proportion gardée, le système du tour donnât autant de morts d'enfants du

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, 2 et 5, 1892.

ment, de juillet à septembre, causèrent 11 fièvres typhoïdes chez les infirmiers du détachement, dont l'effectif atteignit 55 hommes. Sept de ceux qui furent contaminés avaient été envoyés de Lille après le 15 août.

Nous y joignons le cas d'un soldat de l'artillerie qui, soigné d'une syphilis dans une baraque à côté des salles de typhoïsants, fut lui-même pris de fièvre typhoïde le 25 septembre.

L'hôpital s'abreuve à la même source que la caserne Joyeuse qui, dans toute cette période, n'eut pas un cas de fièvre typhoïde. Mais une sorte de quarantaine entourait le premier.

4° Les hommes employés à la désinfection, à Landrecies, en mars, après le départ du bataillon pour Maubeuge, eurent des malades plus longtemps que celui-ci. L'épidémie était finie au bataillon le 5 mars ; un soldat garde-magasin tomba encore malade à Landrecies le 16. Un autre, envoyé d'Avesnes pour aider à cette opération et qui y participa du 15 mars au 2 avril, dut être hospitalisé le 6, quatre jours après sa rentrée.

Si l'on ne voit pas ici le rôle direct de l'homme, celui des vêtements qu'il a portés, des locaux qu'il a habités, n'est pas contestable.

5° L'épidémie a donné lieu à de nombreuses observations de transport du contage à distance, soit par des malades, soit même par des tiers indemnes. M. le Dr Gardin, d'Avesnes, ancien médecin-major très distingué de l'armée active, a bien voulu me communiquer sept faits de cette nature, dont je citerai quelques-uns seulement, bien que tous soient probants.

Le soldat C..., du bataillon de Landrecies, était venu en congé de convalescence de fièvre typhoïde, le 26 mars, dans sa famille, à Wargnies-le-Grand, où la fièvre typhoïde était inconnue. Vers le milieu d'avril, il se sentit assez bien rétabli pour aller travailler dans une ferme, en un quartier éloigné de la maison de ses parents. Le 4 mai, une jeune fille est atteinte dans une maison voisine de la ferme ; dans les premier jours de juin, le jeune frère de C... paie son tribut ; puis, du 1er juillet au 20 août, 9 autres cas se produisent dans une rue qui aboutit au quartier où se trouve la ferme. On n'a pu savoir ce qu'était l'eau de cette localité ; mais la distance entre les deux points contaminés et la succession lente des cas, du 4 mai au 20 août, ne sont guères conformes à l'idée qu'on se fait de l'intervention de ce véhicule. Cela ressemble, au contraire, à de la transmission d'individu à individu.

B..., 20 ans, ouvrier de filature, habitant Guersigny, prend le lit le 15 juillet ; il succombe à la fièvre typhoïde le 3 août. Il n'y avait pas de fièvre typhoïde dans le voisinage ; l'eau que buvait le malade n'est pas suspecte, car elle provient d'une fontaine à laquelle s'alimentent nombre de familles qui ont continué à se bien porter. B... s'était gardé d'aller chez des personnes ayant des typhoïsants à la maison. Mais, dans la dernière quinzaine de juin, M. Gardin avait vu la mère de ce jeune homme au chevet d'un typhique, le sieur D..., habitant le quartier de l'Avesnoise, à Avesnes. En outre, elle lavait le linge de ce malade depuis le début. Cette femme rentrait tous les soirs à la maison, où elle retrouvait son fils.

« Une jeune fille de 20 ans, ma domestique, dit M. Gardin, qui ne sort jamais de la maison, qui n'a jamais bu de l'eau d'Avesnes, qui n'a été en contact avec aucune famille contaminée, fut atteinte vers le milieu d'août. Toute ma famille habitait alors la campagne. J'ai pensé que, passant tout mon temps auprès des typhiques, le jour et une partie de la nuit, j'avais pu transporter le contage à la maison, tout en restant moi-même indemne. »

M. Gardin expose encore comment la fièvre typhoïde fut importée à Bas-lieu, dans une maison isolée, buvant une eau sans soupçon, par la mère du premier malade, boulangère, qui portait du pain dans Avesnes même, ou peut-être par une repasseuse qui avait travaillé chez cette boulangère tout un jour, huit jours après la mort par fièvre typhoïde de son propre frère. Ni l'une ni l'autre de ces femmes ne fut malade. Le second typhique de Bas-lieu fut le fils de l'instituteur, camarade particulier du premier.

Que de fois la contagion a fait ainsi son office sans qu'on ait pu le remarquer, dans la complexité des causes ! Ces observations rappellent celles de Gendron et de Piedvache, il y a plus de cinquante ans.

6° La section H. R. du 84e, qui n'eut pas un cas aux deux premières poussées épidémiques (mars à juillet), habite

---

premier âge dans les pays où il existe, que les avortements et infanticides dans les pays où il n'existe pas (1).

Le tour diminue la responsabilité de la femme, il l'encourage à procréer des enfants qu'elle abandonne déjà dès le jour de sa faute ; les unions illégitimes sont donc ainsi favorisées, et le séducteur et sa complice sont à l'avance rassurés sur les conséquences de leur action, c'est la charité publique qui en fera tous les frais.

En Espagne, la proportion des naissances naturelles est plus forte que dans d'autres pays. L'an dernier, dans une des villes de garnison que j'ai visitées, elle était de 1 sur 6. En France, on le voit dans la dernière statistique, cette proportion est beaucoup moindre. Cependant, dans certaines de nos villes ou villages près de la frontière espagnole, dans lesquels les unions illégitimes sont fréquentes, le nombre apparent d'enfants naturels est plus faible qu'il ne le serait, étant donné le relâchement des mœurs incontestable. La cause de cette faible proportion d'enfants naturels, c'est le voisinage de l'Espagne ; dans les tours de ce pays, les filles-mères françaises, grâce à la complicité de leurs parents ou de sages-femmes se débarrassent de leurs enfants au bénéfice de la maison d'enfants trouvés espagnole dont la clientèle est alors plus grande que ne le comporte la population de la province.

La première maison de ce genre que j'ai visitée au début de mon voyage, est celle de Pampelune : *la Inclusa*. On m'a montré le mécanisme du tour, la sonnette qui, lorsque le nouveau-né est posé dans la boîte de bois, avertit la sœur de garde dans la chambre voisine qu'un enfant vient d'être confié à leurs soins.

La sœur de garde prévient aussitôt la nourrice désignée à l'avance pour donner le premier lait au nouveau-venu, on baptise celui-ci, si, dans les papiers qui l'accompagnent, rien ne dit qu'il a été déjà baptisé. On prend son signalement, on lui attache un ruban retenu par un plomb que la sœur marque à l'aide d'une matrice, du numéro d'entrée de l'enfant. Tout ce qu'il faut pour faire reconnaître celui-ci plus tard, est tenu en note. Les parents pourront, en effet, un jour retrouver leur enfant.

La Inclusa de Pampelune n'est pas dans des conditions d'espace

(1) Au moment où j'écris ces lignes, plusieurs affaires d'avortement se jugent en France. Il y a longtemps que je n'en vois pas se juger en Espagne.

dans la caserne, un pavillon isolé. Les hommes qui la composent, ouvriers, musiciens, sapeurs, ont peu de rapports avec les compagnies. Le premier malade de cette section fut, le 23 juillet, un sapeur qui faisait le service de planton chez le chef de corps; le second, un cordonnier, dont la chambre s'ouvre sur le même escalier que celle des sapeurs; le 3e, le lieutenant d'armement, dont le bureau est porte à porte avec le logement du chef armurier; le 4e la femme du chef armurier. Le tout, entre le 23 et le 31 juillet. Or, la femme du chef armurier voyait journellement la tante d'un capitaine qui habite avec son neveu. L'ordonnance de cet officier était entré à l'hôpital dans le milieu de juin; la tante fut elle-même légèrement prise, à la fin de juillet. Ces relations semblent bien être l'origine de l'infection du pavillon de la section hors rang. Dans tous les cas, du 1er au 17 août, cinq ouvriers armuriers tombèrent malades. On ne saurait négliger cette forte proportion des atteintes chez les gens particulièrement exposés à des rapports directs ou indirects avec une personne qui, selon toute apparence, véhiculait le contage.

D'ailleurs, la transmission a pu se faire par des contacts directs, mais probablement plus souvent par l'intermédiaire d'objets variés, de l'air, des aliments, de l'eau même qui séjourne à la maison, en un mot de tout ce qui peut pénétrer à l'intérieur de l'économie, par le poumon, par les voies digestives, ou même par la peau.

La fièvre typhoïde est donc contagieuse dans toute l'acception du terme? Sans aucun doute; elle est même très contagieuse, pourvu que le terrain soit préparé. C'est pour cela que l'immunité de la population et de la garnison normale de Maubeuge, pendant qu'elles avaient les typhoïsants d'Avesnes à leurs côtés, ne prouve pas le contraire.

C. — *Influence des conditions d'hygiène.*

L'hygiène urbaine a de graves reproches à se faire à Landrecies et à Avesnes. Peut-être est elle plus scrupuleuse à Maubeuge.

Mais je suis obligé de laisser de côté les considérations de cet ordre, qui ne me fourniraient qu'une conclusion générale, et de mettre seulement en relief des conditions militaires dont le rapport avec les allures de l'épidémie est frappant. Je veux parler du *confinement atmosphérique* et du *surmenage*.

1° Les soldats de Landrecies avaient, comme partout, séjourné dans les chambres plus que d'habitude, pendant l'hiver sibérien de 1890-1891. Cette circonstance devait être plus fâcheuse aux compagnies des casernes les moins aérées: c'est ce qui arriva. La 1re et la 2e compagnie, logées à Biron, dans de petites chambres en cul-de-sac, à cause du mur de refend qui coupe en deux le pavillon dans sa longueur, ont eu 34 cas, à elles deux; la 4e compagnie, dans la caserne Clarke, dont les fenêtres sont trop espacées et trop au-dessus du sol, en a 25. La 3e, occupant la caserne Dupleix dont les chambres, perpendiculaires au grand axe du bâtiment, vont d'une façade à l'autre et ont deux fenêtres sur chacune, ne compte que quatre malades.

A Maubeuge, M. Dubrulle constate que 7 cas sur 9, à la caserne Joyeuse, se sont produits au deuxième étage, où les plafonds sont plus bas qu'au premier. Une seule chambre en a fourni 4. Les habitants de cette chambre, trompant la surveillance des chefs, avaient soigneusement, pendant les froids, obturé les ventouses d'aération.

A Avesnes, les premiers cas sont apparus, et avec une préférence marquée, dans les combles et dans une dépendance du casernement que je signale depuis longtemps comme mal ventilée. La 1re compagnie du 1er bataillon, la plus maltraitée de toutes, avait le quart de son effectif dans les combles.

Du reste, toutes les compagnies avaient des hommes ainsi logés. Ce qui m'a toujours paru fâcheux, tant à cause de la difficile ventilation de ces logements qu'en raison de la superposition excessive des habitants en trois ou quatre étages. Il va de soi que l'occupation permanente des combles implique une densité du groupe militaire au-dessus des ressources du casernement.

2° A partir du 30 avril, le 84e régiment, qui se portait bien à cette date et qui, malheureusement, se trouvait le plus voisin de la zone où l'agitation ouvrière avait le plus d'intensité, fournit ses compagnies pour le maintien de l'ordre, dans les conditions ci-dessous, dont je rapproche le chiffre des malades :

---

suffisantes. La population de cette maison, entretenue par la province, dépasse la capacité de *la Inclusa*. L'administration le sent elle-même, et le directeur des établissements hospitaliers de la Navarre a proposé, il y a déjà quelques temps, à la Députation provinciale de transporter hors des murs cette institution, et peut-être aussi les autres asiles de charité. Pampelune est, en effet, une ville forte, et si l'on mettait au dehors tous les établissements hospitaliers, la salubrité de la ville, de même que la santé des malades, pauvres, vieillards, enfants que la province secourt, seraient sauvegardées. On annexerait à ces édifices une exploitation agricole qui ferait du bien aux protégés de la province et à la culture du pays.

La Maternité de Pampelune se recrute par l'admission des enfants au tour, et de ceux qui, dans les diverses communes de la province, sont abandonnés de leurs parents, des enfants orphelins de père et de mère et sans ressources. Tous les enfants ainsi recueillis sont mis en nourrice, comme je l'ai dit, ou nourris dans l'établissement, s'ils sont dans l'âge de l'allaitement. Une fois sevrés, ceux du dehors rentrent à la Maternité, à moins que leurs parents nourriciers ne les gardent et ne les adoptent, ce qui se voit fréquemment chez ces braves campagnards, non seulement dans la province de Pampelune, mais ailleurs.

Les garçons ne sont gardés à la Maternité de Pampelune que jusqu'à l'âge de 7 ans; faute de local, ils passent à la maison de *Miséricorde* où on continue leur éducation et où on leur apprend un métier, et comme la Miséricorde appartient à la municipalité, la Députation lui paie pour chaque enfant 75 centimes par jour. Quant aux filles, gardées à la Maternité jusqu'à leur mariage, elles reçoivent à ce moment de la Députation une dot de 250 fr.

Un grand nombre de maisons d'enfants trouvés(1) sont annexées à une Maternité, mais celle-ci en est quelquefois séparée, ou bien elle fait partie de l'hôpital dans lequel il y a un service spécial d'obstétrique Ces Maternités m'ont paru moins nombreuses que les Maternités françaises

La Maison d'enfants trouvés a un directeur nommé par la province, mais elle est également administrée par une société de dames

(1) Plusieurs de ces asiles d'enfants trouvés sont très peuplés. L'une des dernières statistiques attribuait à l'asile de Salamanca, 1.633 enfants.

1er Bataillon.

1re Comp.	à Wignehies,	du 30 avril au 5 mai.	— 43	malades
3e —	à Fourmies,	— 30 avril — 5 mai.	— 36	—
3e —	à Fourmies,	— 30 avril — 7 mai.	— 29	—
4e —	à Fourmies,	— 30 avril — 21 mai.	— 28	—

2e Bataillon.

1re Comp.	à Sains,	du 1er au 21 mai.	— 44	malades.
2e —	à Fourmies,	— 21 — 28 mai.	— 36	—
3e —	à Sains,	— 21 — 7 Juin.	— 37	—
4e —	*N'est pas allée aux grèves.*		— 30	—

Il est difficile de ne pas reconnaître un certain privilège, vis-à-vis des autres, et malgré le chiffre relativement modéré des typhiques de la 3e et de la 4e compagnie du 1er bataillon, à la 4e du 2e qui, cependant, faisait plus de service dans la place, en l'absence des autres. Il parait que les conditions furent plus dures qu'ailleurs à Wignehies, dont la garde échut à la 1re compagnie du 1er bataillon.

Mais, en envisageant d'ensemble toutes les compagnies, on peut croire que le service des grèves les a toutes préparées à résister moins bien à l'infection. Si, même, on considère que les compagnies sortaient d'un foyer qui n'était pas éteint depuis plus de huit jours, ou plutôt n'était pas éteint, mais couvait, — et que la 2e poussée épidémique commença le 28 mai, quatre semaines après le début des grèves, on ne pourra s'empêcher de soupçonner qu'il s'agissait, non pas même d'un réveil des germes, mais de l'éclosion de germes pris au foyer, qui ne se seraient pas multipliés en temps ordinaire, mais qui ont triomphé de la cellule animale à la faveur d'un trouble de nutrition pesant sur celle-ci.

Les grèves, en effet, ou mieux l'expédition imposée par elles aux soldats, ont été un trouble sérieux que nous rattachons au *surmenage*, pourvu que l'on donne à ce terme un sens un peu large. Le soldat est toujours affecté dans le sens dépressif d'avoir à quitter son modeste lit de caserne ; dans les localités à grèves, le cantonnement fut souvent très pénible, très défectueux ; on m'a dit qu'il avait fallu, parfois, coucher sur la paille dans la rue. Les alertes nocturnes, assez fréquentes, empêchaient même d'y dormir. Je pense que la privation de sommeil est le procédé le plus sûr de ne pas réparer les fatigues, si elle n'est de la fatigue elle-même. Ce n'est pas un abus des termes que de lui appliquer le titre de *surmenage*.

Cependant, la deuxième poussée était tombée à son tour à la fin de juin, puisqu'il n'y eut, avant le 24 juillet, à Avesnes, que deux entrées de typhiques, une le 1er juillet, la seconde le 8. Mais, le 7 juillet, à cette époque de chaleur si favorable à l'activité des germes et spécialement à l'intensité de la fièvre typhoïde, le 84e, encore sous le coup des atteintes du fléau, commence les « manœuvres de garnison », auxquelles vint se mêler le bataillon de Landrecies. Quinze jours après, la fièvre typhoïde reprenait les allures épidémiques avec une intensité extrême.

Evidemment, rien n'est plus rationnel que l'emploi des exercices d'entraînement chez les troupes et, cette fois encore, au moment du début des manœuvres de garnison, la santé du 84e était bonne en apparence. En fait, bon nombre de soldats recélaient dans leur économie des microbes qui n'attendaient que le moment de se réveiller. Les médecins ont signalé comme très fatigante la journée du 21 juillet, dans laquelle on partit à 5 heures du matin pour ne rentrer qu'à 4 heures du soir, après avoir fait 35 kilomètres. Les entrées de typhoïsants se sont précipitées dès lors, et c'est le 7 août, dix-sept jours après cette date, que la troisième période épidémique atteignit son acmé. La fatigue, certes, ne fait pas la fièvre typhoïde, mais elle en favorise étrangement l'éclosion chez des individus que les germes assaillent d'autre part.

Pour résumer, l'épidémie de fièvre typhoïde, née à Landrecies de germes d'une origine obscure, a été portée par l'homme à Maubeuge et à Avesnes. L'homme lui-même a été l'élément décisif dans l'extension du fléau ; réfractaire, à Maubeuge, il n'a permis que des cas peu nombreux et sans gravité ; trop préparé et trop réceptif, à Landrecies et à Avesnes, il s'est prêté à la généralisation des atteintes et à une intensité funeste des infections individuelles. Il y a aussi, dit Pettenkofer, des « dispositions *de temps* et *de lieu* ». Mais ce n'est là que la formule d'un fait et non une explication. Pourquoi la grippe, relevant probablement d'un microbe familier, ne fait-elle d'ordinaire que des catarrhes isolés et bénins, et produit-elle de temps à autre des épidémies meurtrières ?

III. — Prophylaxie.

Il va sans dire que, dès le début de l'épidémie dans chaque localité, les mesures d'hygiène générale ont été prises dans les casernes, vis-à-vis des hommes, du sol, de l'air, des

---

de la ville (juntas de Senoras) qui s'occupent avec une grande sollicitude de la recherche des nourrices, soit pour le dedans soit pour le dehors et qui visitent les enfants nourris par les unes et les autres.

La Maison de maternité de Valence est annexée au grand hôpital de cette ville ; il y a communication directe entre les deux établissements, ce qui est peut être un tort. Les enfants sont recrutés dans les salles d'obstétrique de l'hôpital ; ils sont reçus dans un département bien organisé, avec salles spéciales pour ces 35 nourrissons ; la maison en fait nourrir 250 au dehors. A la maison, une nourrice a deux enfants, exceptionnellement trois.

Les nourrices ont un dortoir séparé de celui des enfants, dans lequel couche un sœur qui va deux fois par nuit réveiller les nourrices pour qu'elles donnent à téter aux petits.

Je trouve à signaler une salle des berceaux très propres, une salle destinée à la toilette à grande eau, un système de petites chaises rangées le long du mur et dont la caisse contient le linge des enfants pour la journée ; à côté sont une lingerie et une garde-robe admirablement tenues.

Mais la Maison de maternité que j'ai le plus admirée, est celle de Cadix dont le médecin, le Dr Traba, m'a fait les bonneurs avec une amabilité parfaite. On appelle la maison Casa Matricia ; elle est nouvellement bâtie, aérée, agréable à voir, elle a un tour comme toutes les autres, et est sous la direction d'un comité de dames. Elle fait nourrir les enfants dedans et dehors, la jolie salle des berceaux est circulaire, pavée en marbre, propre et bien entretenue ; les salles des nourrices, leur dortoir sont aussi fort bien. Il y a 25 enfants dedans, beaucoup plus au dehors.

Les nourrices de l'intérieur ont 30 fr. par mois ; celles du dehors 22 fr. 50. C'est à peu près le même prix pour toute l'Espagne.

(*A suivre.*) Dr C. Delvaille.

aliments, des exercices. J'ai déjà dit quel'ébullition préalable de l'eau de boisson fut ordonnée et maintenue. Cette pratique est restée sans succès. Cela ne prouve pas que le germe typhique n'était pas dans l'eau; encore moins que la cuisson ne l'ait pas détruit; mais cela pourrait permettre de conclure qu'il était encore ailleurs, sinon exclusivement.

Les malades furent *isolés* aussitôt que possible et autant que possible, soit à l'infirmerie, soit aux hôpitaux; leurs excrétions soigneusement désinfectées.

Mais je désire surtout appeler l'attention sur deux grands moyens, que je n'ai certes pas inventés, mais que j'ai appliqués, dans la circonstance, avec quelque conviction et, je le crois, non tout à fait sans succès. Il s'agit, d'une part, de *l'abandon du foyer infectieux*, d'autre part de la *désinfection de ce foyer*, c'est-à dire des locaux, de la literie et des vêtements.

1° Le bataillon de Landrecies, sur ma proposition, quitta la place le 27 février et gagna, par chemin de fer, Maubeuge, dont il alla occuper deux des forts à 3 ou 4 kilomètres de la ville. Dans la semaine qui suivit, le chiffre des cas nouveaux, qui avait été de 13 dans la semaine précédente, tomba à 9, puis à 2 dans la seconde semaine; et ce fut fini, puisque le garde-magasin entré le 16 mars était resté à Landrecies. Je reconnais, toutefois, que l'épidémie décroissait naturellement, à la fin de février. Mais, au moins, la défervescence fut dès lors rapide et sans retour.

Les troupes d'Avesnes quittèrent leur casernement, le 4 août, sur mon conseil et sur la proposition de M. le médecin principal Renard, mon intérimaire pendant l'inspection. Elles firent à pied les 18 kilomètres qui séparent Avesnes de Maubeuge et s'installèrent dans quatre forts autour de celle-ci. A partir de ce jour, les cas se mirent à diminuer régulièrement. Le 25 août, c'est-à-dire trois semaines après, il devint évident que l'on était maître de la situation. Pourtant, il y a encore sept entrées de typhoïsants après le 1er septembre et jusqu'au 9. Il est possible, par un fait de microbisme latent, que l'incubation de ces cas remonte au séjour d'Avesnes; mais il y a eu, vraisemblablement, encore de la contagion entre individus, après le départ et malgré le fractionnement du groupe infecté, fractionnement qui doit compter aussi dans l'influence prophylactique.

Le succès semble moins brillant qu'à Landrecies. Il est positif, cependant. En effet, la faible section restée à Avesnes eut encore des cas assez nombreux à la fin d'août et même un le 15 septembre; la population civile en vit jusqu'en octobre. D'autre part, il faut regarder comme un succès l'atténuation rapide de l'épidémie chez celle-ci après le départ des troupes, qui n'emportèrent point l'eau, mais éloignèrent un groupe de fabricateurs et de propagateurs des contages.

2° Pendant que la troupe était hors de son casernement normal, l'ordre fut donné de désinfecter, par les pulvérisations de solution de sublimé, tous les locaux d'habitation, de laver à la potasse et de goudronner les planchers, de renouveler le badigeonnage des murs au lait de chaux récent. La paille des paillasses fut incinérée. Toutes les fournitures de literie, tous les effets, y compris ceux qui étaient en magasin, passèrent par l'étuve Geneste-Herscher. Les pièces qui ne supportent point l'action de cet appareil furent lavées au bichlorure.

Les compagnies de Landrecies rentrèrent du 5 au 8 avril, une par une, à pied. En arrivant à la caserne, chaque compagnie se rendait directement aux Bains-douches. Les hommes laissaient, à l'entrée, leurs vêtements et leur linge qui allaient à l'étuve. Ils recevaient, en sortant, du linge propre et des effets désinfectés.

Pareilles opérations furent exécutées à Avesnes, et aussi dans les forts et les hôpitaux de Maubeuge. A ce moment, le Corps d'armée possédait, heureusement, deux étuves locomobiles. Les troupes d'Avesnes rentrèrent le 30 octobre, ou plutôt il y rentra un bataillon et la section H. R.

Le bataillon de Landrecies n'eut absolument plus aucun cas nouveau avant le mois d'août, après que son passage à Avesnes, en juillet, eût prouvé qu'il n'avait pas perdu toute réceptivité. Les troupes rentrées à Avesnes n'ont plus rien eu jusqu'aujourd'hui, malgré l'incorporation des recrues en novembre, qui amena probablement de nouveaux réceptifs, et bien que la ville continue à boire l'eau de la source du rocher. On la filtre à la caserne, et c'est prudent; mais qu'est-ce qui garantit que les soldats ne la boivent pas en ville, au naturel ou mêlée à ce soi-disant apéritifs, sinon à la bière des estaminets? J'avoue, pour ce qui me concerne et sans fermer les yeux à ce danger, que la désinfection des locaux et des effets me rassurait infiniment.

CONCLUSIONS.

I. — La fièvre typhoïde des places de Landrecies, Maubeuge et Avesnes, en 1891, ne constitue qu'une seule épidémie, dont l'origine ne saurait être précisée, mais qui s'est constituée par importation humaine d'une garnison à l'autre.

II. — Le rôle de l'eau dans la véhiculation du contage, est incertain ou nul dans la plupart des cas. Il se retrouve peut-être comme agent d'exacerbation épidémique, au cours même de l'épidémie.

III. — En revanche, le rôle de l'homme dans la diffusion épidémique est frappant et capital; soit que les malades ou des personnes venant du foyer aient contaminé des individus sains par contact immédiat, soit que la contagion se soit exercée par l'intermédiaire des effets, des aliments, de l'air ou même de l'eau.

IV. — Parmi les causes adjuvantes, en dehors des lacunes d'hygiène urbaine, le confinement atmosphérique et le surmenage ont eu, sur le développement de la maladie chez les troupes, une influence peu contestable et d'effet grave.

V. — La prophylaxie basée sur l'idée de la véhiculation aqueuse des germes semble être restée sans succès. En revanche, l'abandon momentané du foyer par les troupes intéressées et la désinfection rigoureuse des locaux et des objets ont été suivis de l'extinction rapide et définitive de l'épidémie.

ERRATUM. — N° 5, page 52, 2e colonne, 5e, 5e ligne. — *Lire* : infusions, *au lieu de* : infections.

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CALCIFICATION GYPSEUSE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES (ADÉNO-GYPSOSE OU MALADIE DES STUCATEURS)

par M. ALBERT ROBIN (1).

I

Les calcifications des ganglions lymphatiques des voies aériennes et digestives ont été fréquemment signalées, notamment à la suite d'affections tuberculeuses. Andral, en partilier, en rapporte deux curieuses observations. Dans la première, il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, atteint d'une carie tuberculeuse de l'os iliaque, et à l'autopsie duquel on trouva des concrétions calcaires dans les ganglions bronchiques, mésentériques et iliaques. La seconde se rapporte à une femme de 33 ans, phtisique, qui fut emportée par une pleurésie aiguë, consécutive à une carie vertébrale. Les ganglions cervicaux, œsophagiens, bronchiques, du hile du foie et de la rate, étaient plus ou moins complètement calcifiés; une des excavations tuberculeuses des poumons contenait une concrétion calcaire de la grosseur d'une noisette.

Lancereaux, Breschet, Cruveilhier, Postel, Rallier, H. Kobner, etc. en rapportent aussi des exemples. Une observation de Lancereaux concerne une tuberculeuse de cinquante et un ans, chez laquelle il existait une calcification des ganglions mésentériques et suspancreatiques, qui donnait, pendant la vie, à la palpation de la région épigastrique, l'impression d'un empâtement diffus et profond.

Nous allons rapporter une nouvelle observation de calcification ganglionnaire, non pour accroître la liste des faits de ce genre, mais parce que notre cas diffère de ceux actuellement connus, par l'absence de toute lésion tuberculeuse dans les autres organes, et parce que l'analyse chimique des concrétions nous a permis de déterminer la cause qui leur a donné naissance et de leur attribuer nettement une origine professionnelle.

C'est un exemple de plus des services que la chimie biologique peut rendre à la médecine, puisque dans ce cas, sans le secours de l'analyse, tout diagnostic eût été impossible. C'est la chimie qui m'a permis de décrire une affection inconnue jusqu'ici, ou tout au moins confondue avec la masse des calcifications banales, et d'ouvrir peut-être un nouveau chapitre de la pathologie fonctionnelle.

L'observation qui sert de base à mon travail a été recueillie par M. Londe, alors mon interne, qui a bien voulu rédiger aussi les détails de l'autopsie et auquel j'adresse tous mes remerciements.

B... (Désiré), ancien stucateur, âgé de 69 ans, entre à l'infirmerie de la maison de retraite des Ménages le 15 février 1890, salle Labric, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents tuberculeux du côté des parents.

Le malade a eu une sœur qui est morte à 20 ans d'une maladie qu'il ne peut préciser.

Antécédents personnels. — Sa première femme est morte à 26 ans, d'une affection aiguë de poitrine, six ans après son mariage.

Il a eu à 17 ans une fluxion de poitrine dont les suites l'ont tenu un an à la chambre; à un moment on aurait désespéré de sa vie.

Il y a dix-neuf ans environ, il eut une bronchite qui dura plusieurs mois.

Il y a seize ans, étant à Marseille, il fut pris d'une nouvelle bronchite très intense qui dura quatre à cinq mois; pendant cette bronchite, il eut la diarrhée d'une manière constante.

Depuis qu'il est aux Ménages, il est entré plusieurs fois à l'infirmerie pour poussées aiguës de bronchite, entées sur un état chronique.

C'est vers cette époque qu'il vit ses doigts se déformer peu à peu et devenir noueux; ce travail s'est accompli lentement, sans réaction douloureuse d'aucune sorte.

Il y a deux ans, il fut pris subitement de frissons, puis de fièvre et d'une toux violente accompagnée de vomissements.

Il crut d'abord à une indigestion; mais dans une quinte de toux, il ressentit une douleur si déchirante dans le sommet droit de la poitrine, un peu au-dessus du mamelon, qu'il entra à l'infirmerie. Il avait une pénible dyspnée, accompagnée d'un bruit laryngo-trachéal, et coupée de quintes douloureuses. L'expectoration était spumeuse, visqueuse et sanguinolente.

On trouva vers la région moyenne du poumon droit, en arrière comme en avant, une zone de matité franche dans le point correspondant à la douleur ressentie par le malade. A ce niveau, on entendait des râles crépitants caractéritisques.

A gauche, il y avait des râles sibilants et humides dans toute l'étendue de la poitrine.

Sous l'influence d'un vésicatoire, appliqué en arrière, l'état du malade s'améliora rapidement. Un autre vésicatoire fut appliqué quelques jours plus tard, en avant.

Le malade resta un mois et demi à l'infirmerie, de mars à avril. Le diagnostic porté fut *pneumonie droite avec bronchite généralisée.*

Etat actuel. — Rentré à l'infirmerie le 15 février 1890, le malade présentait, le 1er mars, les signes suivants à l'auscultation du côté gauche : submatité et râles sous-crépitants à la base gauche : élévation de tonalité dans la fosse sus-épineuse; frottements sous la clavicule.

Du côté droit: souffle inspiratoire assez rude vers le hile du poumon.

Expectoration muco-purulente abondante. Dypsnée modérée. Anorexie totale. Température: matin 38°. Vésicatoire à droite.

Du 15 février au 2 mars, l'état général du malade qui était fort mauvais à l'entrée, parut s'améliorer. La température ne depassa pas 38°,5 le soir, mais elle ne s'abaissa pas, le matin, au-dessous de 38°. Les signes physiques subirent peu de modifications; l'expectoration demeura très abondante.

Du 5 au 10 mars, l'appétit semble renaître; la température du matin oscille de 37°,7 à 38°4; celle du soir de 37°,9 à 38°8.

Du 10 au 17 mars, les étouffements reparurent, surtout pendant la nuit. Leur retour coïncida avec une abondance d'expectoration. Les ventouses ne produisirent aucun soulagement. La température varia de 37°5 à 38°4 comme maximum. Elixir d'eucalyptus, deux cuillerées par jour.

Le 18 mars, le souffle persiste toujours à la partie moyenne du poumon droit.

(1) Travail communiqué à l'Académie de Médecine et dont il a été donné un très court aperçu dans le *Bulletin* de la *Gazette médicale* du 16 janvier dernier.

L'expectoration a sensiblement dimiuué.

Le malade va sensiblement mieux. Températnre : matin, 37°,1.

Vers le soir, survient presque subitement une vive douleur dans l'épaule gauche, qui empêche le malade de dormir.

Du 19 mars au 5 avril, la douleur persiste ; elle rend impossible tout mouvement de l'épaule. L'articulation est douloureuse à la pression ; elle paraît gonflée et chaude au toucher. Cette manifestation a toutes les apparences d'une poussée rhumatismale.

Malgré nne sensible atténuation de tous les symptômes pulmonaires, le malade reperd tout ce qu'il avait gagné ; il perd l'appétit et s'amaigrit rapidement. Pendant cette poussée articulaire, la température ne dépasse pas 38°,5.

Le 5 avril, la fièvre reparaît et monte brusquement de 37°,8 à 39°,3. L'oppression. qui avait diminué, reparaît intense et s'accompagne d'angoisse précordiale.

Le pouls est rapide, mou et inégal.

A l'auscultation du cœur, bruit de galop très net.

Prescription. — Vésicatoire précordial, 25 centigrammes de digitale.

Le 7, on trouve le facies très altéré ; l'oppression est vive. Le pouls bat 120 ; il est irrégulier et très dépressible. Même signe à l'auscultation. On soupçonne nne péricardite aiguë : matin, 38°,5 ; soir, 39°.

Le 9 avril, le pouls bat 130 pulsations. Aucune douleur précordiale même à la pression. Rien au niveau des nerfs phréniques. Frottements très nets à la base du cœur. Anorexie totale. Langue sèche. Température : matin, 38°,7 ; soir, 39°,3.

Le 11 avril, la faiblesse fait de grands progrès ; dyspnée très intense. Pouls 140. Le frottement s'entend sur toute la région précordiale. Râles muqueux aux deux bases.

La pointe du cœur bat en dedans des limites de la matité. Température : matin, 37°,8, soir 38°,4.

Le 12 avril, le pouls bat 154 ; il est filiforme et presque incomptable.

Les bruits du cœur sont sourds et lointains. La matité précordiale est manifestement augmentée. On n'entend plus de frottements. Le malade n'a rien pris depuis quarante-huit heures. Il s'éteint lentement. Température : matin, 37°,7 ; soir, 38°.

La mort survient à neuf heures du matin, le 13 avril, avec une température de 37°,8.

AUTOPSIE. — *Plèvres.* — On trouve de la pleurésie sèche des deux côtés. Le péricarde est adhéreut de toute part aux plèvres médiastines.

La plèvre viscérale du côté gauche présente plusieurs plaques d'épaississement fibreux, et ce qui est plus plus remarquable, des calcifications assez étendues. A la face externe surtout, il en existe deux extrêmement épaisses, placées, l'une au sommet du poumon, l'autre à la partie externe du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Cette dernière plaque relie la plèvre viscérale aux tendons du diaphragme qui se jette sur les côtés correspondants. Elle est moulée sur la forme du cul-de-sac. Sur la plèvre viscérale du côté droit, on trouve des épaississements plus ou moins indurés, mais pas de calcifications.

Poumons. — Les poumons sont rougeâtres et mous ; nulle part, on ne trouve trace de tubercules, ni de cicatrices.

Le poumon gauche est très congestionué daus toute son étendue, surtout à la base.

Le poumon droit est encore plus congestionné, très œdémateux ; il ne crépite plus. A la pointe du lobe inférieur, on trouve un gros nodule rouge foncé, irrégulier et dur, de broncho-pueumonie. Tout autour de ce noyau, le tissu pulmonaire est assez ramolli.

Les bronches sont très congestionnées, mais ne renferment pas de muco-pus. Leurs parois sont un peu épaisses à droite ; mais il n'y a pas de dilatations bronchiques.

Ganglions lymphatiques du médiastin. — Des lésions des plus intéressantes siègent dans les ganglions lymphatiques et presque uniquement daus ceux du côté droit. On trouve au-devant et un peu à droite de la trachée, au-dessus de la bronche correspondante, un gros noyau dur et allongé, de la grosseur et de la forme d'une noix, qui occupe, en somme, la place du volumineux ganglion prétrachéo-bronchique droit normal. Cet amas ganglionnaire est totalement calcifié.

Au-dessous de la trachée, entre l'origine des bronches, on trouve encore un amas calcaire de la grosseur d'un pruneau à la place du groupe ganglionnaire sous-trachéo-bronchique. Ce noyau enserre et comprime la bronche droite.

Il existe eucore, de ce côté droit, quelques noyaux calcaires entre les bifurcations de la bronche droite, surtout à l'origine de la division bronchique qui se rend au lobe moyen. Ce rameau bronchique est un peu comprimé, mais à un moindre degré que la bronche droite elle-même, qui est manifestement rétrécie par la compression qu'exercent sur elle les ganglions calcifiés signalés à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Parmi ces ganglions calcifiés, les uns sont noirs, les autres ont conservé leur couleur blanche ; quelques-uns ne sont pas entièrement calcifiés.

Les ganglions pré-trachéo bronchiques du côté gauche sont peu volumineux, mais noirs. Ils ont leur consistance normale comme ceux qui sont situées à l'orifice des divisions bronchiques.

Ganglions axillaires et sus-claviculaire du côté droit. — Nous signalerons immédiatement la calcification d'un certain nombre de ganglions sus-claviculaires profonds et axillaires du côté droit. Cette calcification devait avoir la même origine que celles observées dans les ganglions auxquels se rendent plus directement les lymphatiques du poumon.

Il est à remarquer que les ganglions sus-claviculaires du côté gauche, non plus que les ganglions axillaires, n'ont éprouvé de changement dans leur consistance ni dans leur volume.

Péricarde. — A la section du péricarde, il s'écoule une centaine de grammes de liquide hémorrhagique. Les deux faces de la séreuse sont couvertes de fausses membranes récentes et présentant un aspect villeux très prononcé. Il existe des adhéreuces anciennes vers la base.

Cœur. — Le cœur est gros et globuleux : il pèse 350 gram. Les parois du ventricule gauche mesurent 2 centimètres et demi d'épaisseur. Une grande plaque calcifiée occupe la région située entre les orifices mitral et aortique, à la base de la valve droite de la mitrale. L'orifice mitral a un périmètre de 10 centimètres. La valvule elle-même est à peu près saine. L'orifice aortique, qui a un périmètre de 7 centimètres, présente de nombreuses plaques et des fongosités athéromateuses, soit sur les parois, soit sur les valvules. Les orifices coronaires sont relativement saius. L'oreillette droite renferme des caillots fibriuo-cruoriques.

L'orifice pulmonaire est franchement athéromateux ; la

circonférence mesure 8 centimètres. L'orifice tricuspide mesure 11 centimètres de circonférence.

Péritoine. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate des adhérences des anses intestinales, entre elles, ainsi que l'adhérence du foie à la paroi. Ces adhérences sont résistantes, quelques-unes sont pour ainsi dire ligamenteuses. Il n'y a pas de fausses membranes. La séreuse est modérément injectée.

Ganglions mésentériques. — Quand on est arrivé avec peine à développer le mésentère, on est frappé par l'hypertrophie et la calcification des ganglions lymphatiques de l'intestin. On en trouve depuis la grosseur d'une lentille, jusqu'à celle d'une grosse amande.

En regard de certaines anses intestinales, les ganglions ainsi modifiés sont plus nombreux et forment de vrais amas. Ils sont blancs, ou blancs grisâtres. La coupe montre qu'ils sont formés d'une matière blanchâtre, assez dure, enveloppée par une coque jaunâtre, sillonnée de travées plus ou moins teintées de jaune sale.

Ganglions abdominaux divers. — Il existe encore des ganglions calcifiés à l'angle iléo-cæcal, sur le bord supérieur du pancréas et au hile de la rate. Enfin, on trouve un noyau calcaire de la grosseur d'une noix, entre une anse intestinale et le côlon ascendant; deux autres noyaux calcaire de la grosseur d'un pois sont placés entre d'autres anses de l'intestin grêle; ces derniers noyaux forment de véritables corps étrangers du péritoine.

La muqueuse de l'intestin ne présente d'autres lésions qu'un degré assez mesquin de congestion et un peu d'épaississement.

L'estomac est sain.

La rate est normale; elle pèse 123 grammes.

Le foie pèse 1,380 grammes. Il est congestionné, mais paraît sain.

Le rein gauche pèse 170 grammes. La substance corticale est un peu diminuée; l'organe se décortique bien, malgré de nombreuses irrégularités à la surface du parenchyme.

Le rein droit pèse 140 grammes. La substance corticale est diminuée. Pas de congestion.

Les bassinets sont sains.

Rien à noter dans l'encéphale.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

OBSTÉTRIQUE.

Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale: leurs portes d'entrée, par le Dr Allard.

Il est constant que lorsque la mère est atteinte d'infection puerpérale, cette infection peut aussi se manifester sur le nouveau-né. L'érysipèle du cordon en est alors la manifestation la plus habituelle, et on sait depuis longtemps que, dans l'un et l'autre cas, c'est le streptococcus qui est le coupable. L'ophtalmie purulente est également fréquente dans ces conditions; mais ce qui l'est beaucoup moins, c'est l'ostéomyélite, et c'est le mérite du travail de M. Allard d'avoir mis en lumière la coexistence d'une infection puerpérale localisée de la mère avec cette affection de son enfant. Peut-être faudrait-il y voir une vérification de ce principe, que nous soupçonnons depuis longtemps déjà, sans en avoir pu donner encore la démonstration exacte, qu'il n'y a pas une, mais des infections puerpérales, chacune caractérisée par un microbe particulier et évoluant selon des modalités différentes, comme il existe des pleurésies purulentes à forme et à microbe variables, pour prendre un exemple. Peut-être serait-ce une des conclusions à tirer de la thèse intéressante du Dr Allard.

Contribution a l'étude des prolapsus génitaux, par le Dr Témoin.

Le prolapsus génital constitue non pas une affection particulière, mais un syndrome post-obstétrical, pour la très grande majorité des cas. Il se manifeste extérieurement par de l'uréthrocèle, ce qui s'explique par les modifications subies par l'urèthre au moment de l'accouchement. Il suffit d'avoir cathétérisé une femme en travail d'accouchement pour en avoir la notion. Le Dr Témoin fait remarquer, à plus forte raison, qu'il est souvent difficile de distinguer cette uréthrocèle de la cystocèle proprement dite qui correspond presque toujours, elle, à un déplacement en avant de la matrice, au même titre que la rectocèle manifeste un prolapsus utérin postérieur. Cystocèle et rectocèle ne sont donc que les phénomènes visibles du prolapsus utérin, et ce point, à mon sens, n'est pas assez mis en lumière dans la thèse du Dr Témoin. C'est donc exceptionnellement, à notre avis, que les opérations plastiques sur le vagin seront suffisantes à guérir le prolapsus, aussi bien au premier qu'au troisième degré.

Étude critique sur la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel, par le Dr Baudry.

Depuis longtemps déjà la douche vaginale pour provoquer l'accouchement est un procédé hors d'âge. Les objections qu'on lui a faites sont les traumatismes (perforation des culs-de-sac, etc) qu'elle détermine et la pénétration de l'air dans les veines ulcérées survenant à la suite du décollement des membranes. L'auteur rapporte, à ce propos, une observation personnelle et inédite d'accident analogue dont il fut le témoin à la Maternité de Rennes.

Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture, par le Dr Moussaud.

Nous avons publié nous-même, dans la *Gazette médicale*, en 1886, une observation analogue à celles que rapporte l'auteur. Méconnue, la rupture d'une varice soit vulvaire, soit vaginale, au même titre qu'une blessure artérielle, utérine ou vaginale, peut être mortelle au moment de la grossesse ou de l'accouchement. Si elle est reconnue, et pour cela il suffit d'y songer et d'y regarder, le pincement direct, — suivi ou non de la ligature — la compression, si la forcipression est impraticable, en auront vite raison.

Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne comme cause de dystocie, par le Dr Coudère.

Il existe, chez les nouveau-nés, des tumeurs de la région sacro-coccygienne qui peuvent amener un obstacle à l'accouchement. Ces tumeurs sont ordinairement kystiques et peuvent atteindre des dimensions considérables; sans parler des spina bifida, elles sont quelquefois constituées par une prolifération du derme avec espaces polykystiques. L'auteur en rapporte une observation intéressante avec figure, communiquée par le Dr Budin, d'où il conclut à la nécessité de la ponction

au moment de l'accouchement, de l'extirpation après la naissance de l'enfant.

Des abcès du sein chez le nouveau-né, par le Dr Jourda

Du 4e au 10e jour, il se fait souvent une sécrétion lactée chez le nouveau-né, garçon ou fille. La mamelle doit être vidée par aspiration, sinon, l'infection se produisant, il peut en dériver un abcès. La conduite à tenir recommandée par l'auteur consiste en applications antiseptiques, en un mot, identiquement, les précautions employées pour éviter les abcès du sein chez la nouvelle accouchée.

De la délivrance dans les cas de fœtus mort et macéré, par le Dr Valentin

Tous les accoucheurs savent que la délivrance peut, lorsque le fœtus est mort et macéré, ne s'accompagner d'aucun écoulement de sang. La raison de ce fait se trouve dans l'isolement qui s'est fait progressivement entre l'œuf et la matrice depuis la mort du fœtus. La conclusion pratique en est que la délivrance s'exécute ordinairement vite et facilement dans ces conditions; les membranes se trouvent cependant d'une friabilité particulière, ce qui nécessite la non intervention autant que faire se peut, et des ménagements particuliers pour l'exécuter si des manœuvres deviennent indispensables.

L'auteur décrit avec soin les modifications histologiques qui accompagnent et expliquent ces particularités. Des planches intéressantes sont jointes à sa thèse.

Note sur l'alimentation des enfants nouveau-nés par le Dr Paillotte

La thèse du Dr Paillotte est à lire à deux points de vue: d'abord par les renseignements généraux qu'elle contient au sujet de l'alimentation des nouveau-nés et dont les principes sont tirés de la savante pratique du professeur Tarnier, — et ensuite à cause de ce fait bien mis en évidence par l'auteur, à savoir que les troubles digestifs de l'enfant dérivent d'ordinaire du manque d'asepsie de son intestin on des aliments ingérés.

Je signalerai aussi particulièrement la teterelle de l'auteur, très simple et très pratique.

P. B.

MÉDECINE PRATIQUE

MIXTURE CONTRE LE PSORIASIS

On sait que les préparations à base d'acide pyrogallique sont quelquefois toxiques. On peut les remplacer par un simple badigeonnage avec :

Acide salicylique .... }	ãã 6 gr.
— pyrogallique .... }	
Alcool et éther pour liquéfier	Q. s.
Collodion élastique	80 gr.

(Soc. de thérapeutiq., 13 janv. 1892, M. Grelley.)

EMPLOI DE LA PELLETIÉRINE

Granules de pelletiérine.

Sulfate de pelletiérine ..	0,60 centigr.
Tannin	0,60 —
Sucre de lait	3,40 grammes
Sirop de sucre	0,40 centigr.

Mêlez et divisez en 60 granulés de 1 centigr., à prendre le matin à jeun dans l'espace d'une demi-heure (dose pour un adulte); pour un enfant, la dose sera de 20 à 30 granules, suivant l'âge.

Elixir de pelletiérine.

Sulfate de pelletiérine	0,60 centigr.
Tannin	0,60 —
Vin de Frontignan	30 » grammes

Faire dissoudre par simple trituration; filtrer; on administre la totalité pour un adulte et la moitié pour un enfant.

(*Revue thérapeutique des alcaloïdes*, déc. 1891.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

Suite (1).

ARTICLE 15

Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuven être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Nous avions fait remarquer combien était vicieuse et obscure la rédaction du projet de la Chambre. Il a été tenu compte de nos observations dans une certaine mesure.

L'article 15, dans sa rédaction nouvelle, paraît, en somme, signifier que les experts choisis par les tribunaux, en toute matière, devront être docteurs. Toutefois, pour les questions d'art dentaire, le nouveau texte entend-il interdire aux tribunaux de désigner comme experts des dentistes diplômés? Son silence permettrait de le supposer. En ce qui concerne les sages-femmes qui ont disparu même du second paragraphe où elles figuraient primitivement, le doute n'est pas possible.

Il semble qu'il conviendrait de modifier et compléter ce second paragraphe comme suit : «... En ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins-experts, ainsi que ceux des médecins, dentistes et sages-femmes requis par l'autorité. » En effet, il ne faut pas confondre l'expertise avec les divers cas de simple réquisition, en matière de flagrant délit ou des calamité publique, réquisition dont les médecins, dentistes, sages-femmes et officiers de santé transitoirement maintenus pourront toujours être l'objet de la part de l'autorité judiciaire ou administrative, en vertu du § 12 de l'article 475 du Code pénal qui n'a pas été abrogé par l'article 26 ci-après, mais seulement aggravé pour les docteurs au cas de réquisition *par la Justice*. A ce propos, disons que les prescriptions de cet article 26 ne devraient pas figurer seulement au titre des pénalités, mais devraient être reproduites ici.

Il faut rappeler que l'article 27 de la loi de ventôse, en même temps qu'il s'occupait du choix des médecins experts, stipulait que les fonctions de médecins et chirurgiens en chef des hospices civils ne pouvaient être remplies que par des docteurs. N'eût-il pas été utile de reproduire cette disposi-

(1) Voir le numéro 1, 2, 3 et 5.

tion, comme le faisait originairement le projet du gouvernement, puisque la loi de ventôse est totalement abrogée?

Enfin, tandis que le premier paragraphe de l'article adopté par la Chambre permettait de choisir, comme experts, des docteurs français ou naturalisés français, le texte de la Commission du Sénat ne parle plus que des docteurs français.

ARTICLE 16.

Tout docteur, officier de santé, ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et ***visées dans le paragraphe suivant.***

La liste des maladies épidémiques ***n'engageant pas le secret professionnel*** **sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.** ***Le même arrêté*** **fixera le mode de déclaration desdites maladies.**

Tout en comprenant à merveille les raisons d'intérêt général qui ont inspiré ces prescriptions, on ne peut s'empêcher de s'effrayer du grave péril que va courir le grand et salutaire principe du secret médical. Nous avions déjà, mais vainement, poussé le crime d'alarme.

Grâce à une modification de rédaction que nous avions provoquée, les mots « n'engageant par le secret professionnel » ont, maintenant, un sens parfaitement clair. C'est le même arrêté ministériel qui dressera la liste des maladies épidémiques à déclarer et qui fixera le mode de déclaration. Un décret ne sera plus nécessaire dans le second cas.

Enfin, c'est par erreur que l'article 16 renvoie à l'article 27, pour la pénalité, c'est article 26 qu'il faut lire. A rectifier.

(*A suivre.*) A. Léchopié.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : L'observatoire du mont Blanc.
Académie de médecine : Diminution du tænia en France depuis ces dernières années. — La prophylaxie de la grippe. — Période de la vie à laquelle il convient de revacciner. — Dosage duodécimal des substances toxiques. — De l'électro-cataphorèse médicamenteuse.

M. Janssen, qui ne recule devant aucune hardiesse, quand il s'agit d'expéditions scientifiques, a eu l'idée d'installer un petit observatoire au sommet du mont Blanc. En septembre dernier, il a fait l'ascension inaugurée en 1788 par de Saussure et organisé, au sommet de la montagne, une cabane contenant divers appareils dont quelques-uns destinés à enregistrer les mouvements de la glace. On pouvait se demander si, à l'encontre de ses aînés du Puy-de-Dôme et du pic du Midi, l'observatoire du mont Blanc ne chômerait pas, durant tout l'hiver, faute d'observateurs. Il n'en a rien été, car le danger, loin d'éloigner, attire assez souvent et un officier français, M. Dunod, cédant à un sentiment de cet ordre, n'a pas craint, ces jours derniers, en plein hiver, de gravir le mont Blanc et de pousser une visite jusqu'à l'observatoire. A deux heures de l'après-midi, le thermomètre marquait — 21°. M. Dunod a fait, relativement aux mouvements de la glace, à l'épaisseur et à la densité de la neige, des constatations d'un intérêt secondaire, sans doute, mais qui permettent d'en entrevoir de plus importantes pour l'avenir, et l'on ne saurait trop applaudir au courage de ces savants qui exposent volontiers leur vie pour apporter leur concours à un progrès scientifique, quelque mince et problématique même qu'il puisse paraître.

— A propos de la communication de M. Bérenger-Féraud, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, sur la fréquence du tænia en France, M. Laboulbène fait remarquer que cette fréquence est moins grande depuis peu de temps, et il attribue ce résultat à la diminution du nombre des bœufs de provenance étrangère, ensuite à ce fait que, dans certains pays, les habitants absorbent, sans le savoir, des tænifuges. C'est ainsi que, en Anjou, les paysans consomment une huile de semences de courge qui les préserve du tænia.

— La prophylaxie de la grippe est une question pleine d'actualité, car l'épidémie actuelle, plus bénigne à Paris que celle de 1890, sévit gravement sur quelques points de la France et dans certains pays étrangers. M. Ollivier préconise, comme traitement préventif, l'usage de l'huile de foie de morue, qu'il fait prendre au milieu du premier déjeuner, par cuillerée à café chez les enfants, à la dose d'une à trois cuillerées à bouche chez les adultes. Ainsi administrée, l'huile de foie de morue est généralement bien tolérée, et M. Ollivier en a constaté les excellents résultats.

Pour M. Vallin, l'antisepsie de la bouche, de la gorge et des fosses nasales constitue la meilleure prophylaxie de la grippe, comme de toute maladie infectieuse dont le microbe pathogène rencontre, dans les parties supérieures des voies respiratoires et digestives, un milieu favorable à son développement ou tout au moins à sa conservation. Cette antisepsie, ainsi que l'a fait remarquer M. Ollivier, est depuis longtemps en usage dans les hôpitaux d'enfants et dans les lycées).

On peut dire que les deux moyens prophylactiques conseillés par MM. Ollivier et Vallin se complètent réciproquement. L'un, en effet, s'attaque aux germes infectieux dès leur entrée dans les premières voies; l'autre augmente la résistance du terrain sur lequel ils pourront avoir à se développer s'ils ne sont pas détruits. La mise en pratique des deux moyens est donc à recommander au sein de toute collectivité (lycée, école, caserne, hôpital, etc.) et, plus généralement, de toute population agglomérée subissant des atteintes graves de l'épidémie.

— A quelle époque de la vie faut-il pratiquer les revaccinations obligatoires? Telle est la question qu'a examinée M. Hervieux en dépouillant une foule de communications ou de documents. Comme réponse, il formule les deux conclusions suivantes :

« Les revaccinations doivent être pratiquées, la première à dix ans, la seconde à vingt; elles doivent être faites en masse dans les régions menacées ou envahies par une épidémie variolique grave;

« Nul ne pourra exciper de cicatrices vaccinales ou varioliques plus ou moins accentuées pour se soustraire aux prescriptions des autorités civiles ou militaires. »

— La nouvelle méthode de posologie proposée par M. E. Trouette, et sur laquelle M. Polaillon a fait un rapport à l'Académie, mérite de fixer l'attention.

Le nombre chaque jour croissant d'alcaloïdes ou autres agents médicamenteux, d'une toxicité variable, rend la posologie de plus en plus difficile et expose médecins et pharmaciens à de graves et regrettables erreurs. C'est un peu et

beaucoup ce qui fait le triomphe des spécialités. Dans le système soumis à l'Académie par M. Trouette, la dose thérapeutique maxima de chaque médicament dangereux est d'abord expérimentalement établie. Puis, on la divise en 12 doses, quelle que soit la forme pharmaceutique, cachets, pilules, granules, capsules, etc. Ces doses peuvent être données d'une manière fractionnée (une toutes les deux heures, ou deux toutes les quatre heures, etc), ou massive, en une ou deux fois; leur somme ne dépassant pas la dose maxima du médicament, quel que soit ce médicament, on n'a rien à redouter. En prescrivant moitié, tiers, quart, etc., des douze doses, on peut répondre à toutes les indications d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'idiosyncrasie des malades. Ainsi l'on peut agir énergiquement et avec sécurité; la crainte de prescrire une dose toxique n'expose pas à en ordonner une trop faible et par suite inactive.

M. Tronette a adopté le système duodécimal qui répond bien, en effet, aux habitudes actuelles de prescrire les médicaments par fractionnement toutes les heures ou toutes les deux, quatre, six heures, nombres qui divisent exactement le nombre 12. Il est ainsi facile d'administrer partie ou totalité de la dose maxima.

M. Tronette est le premier à ne recommander sa méthode que pour les médicaments très énergiques et par suite dangereux; elle ne saurait ainsi porter une atteinte sérieuse à l'art de formuler.

— La séance de l'Académie s'est terminée par la lecture d'un travail de M. Daniou sur l'électro-cataphorèse médicamenteuse, c'est-à-dire sur la pénétration des médicaments dans l'économie sous l'influence de courants électriques. Cette pénétration paraît impossible à travers la peau saine et ne semble se produire qu'exceptionnellement pour quelques substances à travers les muqueuses.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

La conférence de Venise. — D'après le journal *Le Temps*, la conférence finira par aboutir : il y a lieu de penser que les dernières difficultés qui avaient empêché l'Angleterre d'adhérer, comme les autres puissances, aux propositions françaises, seront prochainement levées.

Une victime du devoir professionnel. — M. Théophile Barrière, médecin de colonisation à Saint-Cloud, près d'Oran, est mort victime de son dévouement. Il avait, le 5 janvier dernier, pratiqué avec succès la trachéotomie sur un enfant diphtérique. Pendant l'opération, un jet de sang avait inondé le visage du médecin. Mais, appelé d'urgence auprès d'un autre malade, le docteur Barrière avait négligé de prendre sur le champ les précautions qu'eût nécessitées l'accident; et ce fut ainsi qu'il contracta les germes de la diphtérie. Le mal fit de rapides progrès et la mort survint dans la nuit du 17 janvier.

NECROLOGIE

M. BOURDON (Alexis-Hippolyte), dont notre dernier numéro annonçait la mort, est né à Pont-à-Mousson (Meurthe) le 25 mai 1814. Il a fait ses études médicales à Paris et a été nommé successivement interne des hôpitaux au concours de 1839, docteur en médecine en 1843, chef de clinique de la Faculté en 1845, médecin des hôpitaux en 1849. On lui doit une bonne thèse sur les *Paralysies consécutives à l'asphyxie par les vapeurs de charbon* (1843); un mémoire sur les *Tumeurs fluctuantes du bassin* (1841), mémoire dans lequel se trouve rapportée, sous le nom de kyste sanguin, une des premières observations de la maladie décrite plus tard sous le nom d'hématocèle rétro-utérine; des *Etudes* et des *Recherches cliniques et histologiques sur l'ataxie locomotrice progressive* (1861-62), deux mémoires couronnés par l'Institut, sur le rapport de Longet, qui déclare dans son rapport que l'auteur a trouvé la véritable lésion anatomique de cette affection; un mémoire sur les *Péritonites sans perforation* dans la fièvre typhoïde (1856); une observation de *Morve farcineuse chronique terminée par la guérison* (1857); un travail original sur les *Accidents cérébraux observés dans le cours du rhumatisme aigu* (1852), accidents qu'il a le premier signalés; un autre mémoire sur les *Rétrécissements de la trachée-artère* (1863), rétrécissements alors peu connus; des recherches cliniques et microscopiques sur l'*Augmentation du nombre des globules blancs du sang dans les maladies autres que la leucocythémie* 1856), et une observation de *Leucocythémie splénique avec autopsie* (1867); un travail sur les *Maladies du bulbe rachidien* (1872). Il est aussi l'auteur de recherches cliniques intéressantes sur les *Centres moteurs* des membres (1877) et sur l'*Atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre* (1883). M. Bourdon a présidé la Société médicale des hôpitaux; il a été nommé membre de l'Académie de médecine en 1872. Il avait présidé également la Société d'hydrologie et a contribué à la bonne direction de ses travaux. Il appartenait à cette catégorie de praticiens bienveillants, d'une grande modestie d'allures, d'une ponctualité irréprochable, qui deviennent assez rares dans les services hospitaliers. Sa courtoisie avec ses élèves et ses rapports professionnels avec ses confrères, ne laissaient rien à désirer.

Dr A. DUREAU.

NOUVELLES

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Carrieu, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Kochler est institué, pour trois ans, chef de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Ambiolet est institué prosecteur, pour une période de trois ans.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Labbé, prosecteur, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

Ecole de médecine d'Amiens. — Sont institués chefs de clinique : MM. Lavoine (clinique médicale) et Brucaut (clinique chirurgicale).

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Montprofit est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Douillet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : MM. les Drs Grand-Moursel, Lota et Crozat, médecins de la marine.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les Drs Lecomte (de Vitteaux), Desvignes (de Montsurs), Beuve (de Dammartin), Bogros (de Latour-d'Auvergne), Lafosse (de Vittel), Bernard (de Bourg-du-Péage), Rossen (de Gray), Brenugat (de Guer), Cayrol (de Condé), Resal (de Dompaire) et Soulages (de Decazeville).

Corps de santé militaire. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de toxicologie et chimie appliquées aux expertises de l'armée. Les pharmaciens-majors sont seuls admis au concours. Les demandes devront être adressées au Ministre de la guerre, par la voie hiérarchique avant le 1er août.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 29 janvier, ont été promus ou nommés : *au grade de médecins inspecteurs de 2e classe*, M. Kermogant (Alexandre-Marie), médecin en chef de 1re classe ; *au grade de médecin de 1re classe* MM. Métin (Edouard-Charles-Louis), Faraud (Gaudence-Charles), Brossier (Henri-Maurice) médecins de 2e classe ; *au grade de médecin de 2e classe*, MM. Talayrach (Joseph-Bonaventure-Armand), Le Gendre (Aimé-François), Roy (Joseph), Pillion (Paul-Achille-Louis), Lenoir (Camille-Alexandre-Henri), Alliot (Paul-Marie-François), médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

Concours de la Société française d'hygiène. — La *Société française d'hygiène* a mis au concours : 1° Pour l'année 1892, la question toute d'actualité :

Hygiène Coloniale : « Exposer au point de vue pratique, les principes d'hygiène qui, dans nos colonies, doivent diriger l'Européen, en ce qui concerne l'habitation, le genre de vie, le vêtement, l'alimentation et le travail. »

Les prix consisteront en une grande médaille d'or et deux médailles d'argent offertes par M. le Dr Péan, Président de la Société.

Les Mémoires devront être envoyés dans les formes académiques ordinaires, avant le 31 juillet (dernier délai), au Siège social, 30, rue du Dragon, Paris.

2° Le thème proposé par la Société pour le concours de 1893 est le suivant :

« *Hygiène et éducation physique de l'adolescence*, pour faire suite au trois *travaux* déjà publiés sur *l'hygiène et l'éducation de l'enfance* (de la naissance à douze ans). »

Les prix consisteront en une médaille d'or, une médaille d'argent et deux médailles de bronze.

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser 32 pages in-8°, seront remis dans les formes académiques avant le 1er août 1893, au Siège social, 30, rue du Dragon, Paris.

Association française pour l'avancement des sciences. — Les conférences de l'année 1892 auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis, à 8 heures et demie très précises du soir. Elles ont commencé le 23 janvier.

Samedi, 23 janvier. — M. Charles Normand, architecte diplômé par le gouvernement : « La Troie d'Homère, d'après des documents inédits. »

Samedi, 30 janvier. — M. Chaper, ingénieur civil des Mines : « Les Mines de diamant de l'Afrique australe. »

Samedi, 6 février. — M. Hillairet, ingénieur des Arts et Manufactures : « L'Avenir de l'Electricité. »

Samedi, 13 février. — M. le Dr Gilles de la Tourette : « Un Essai de Faculté libre au XVIIe Siècle. »

Samedi, 20 février. — Edouard Blanc, Membre de la Société de Géographie : « Le Plateau central de l'Asie. »

Samedi, 27 février. — M. Jules Martin, inspecteur général des Ponts et Chaussées : « Les Chemins de Fer au point de vue de la sécurité. »

Samedi, 5 mars. — MM. Albert Develay et Georges Pisson, chargés de Missions scientifiques ; M. Develay : « Autour des lacs de Van et d'Ourmiah (Arménie) » ; M. Pisson : « Races des hautes vallées du Tigre et de l'Euphrate ».

Samedi, 12 mars. — M. A. de Lapparent, ancien ingénieur des Mines : « La formation de la Houille. »

Samedi, 19 mars. — M. Le Verrier, ingénieur en chef des Mines : « Les progrès récents de l'Industrie du Fer et de l'Acier. »

Les projections seront faites par M. Molteni.

Des cartes d'abonnement seront délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de cinq francs, pour la série des conférences de 1892.

On ne sera admis dans la Salle de la Conférence que sur la présentation des Cartes spéciales délivrées cette année.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 24 AU 30 JANVIER 1892

Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 0. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 21. — Grippe, 67. — Phtisie pulmonaire, 209. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 51. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52 — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 88. — Bronchite aiguë et chronique, 148. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 232. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 59. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2 — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 61. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 274. — Causes inconnues, 6. — Total 1437.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Revue générale des sciences pures et appliquées, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois. — Directeur : Louis Olivier, docteur ès sciences.

Sommaire du numéro du 30 janvier 1892 :

1° M. G. Lippmann, *de l'Académie des Sciences* : La photographie des couleurs ; son principe ; ses progrès les plus récents.

2° Dr A.-J. Martin : L'Hygiène sociale ; son but ; ses principes ; ses méthodes.

3° M. G. Bigourdan : Revue annuelle d'astronomie.

4° Lettre de M. Poincarré, *de l'Académie des sciences*, à propos des géométries non euclidiennes.

5° Notice nécrologique : A. Richet, par le Dr Bazy.

6° Nouvelles : Les récentes recherches de MM. Lortet et Despaigne sur l'intervention des lombrics dans l'étiologie de la tuberculose.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CALCIFICATION GYPSEUSE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES (ADÉNO-GYPSOSE OU MALADIE DES STUCATEURS)

Par le Dr ALBERT ROBIN.

(Suite et fin) (1).

II

Le point essentiel de cette observation consiste dans l'existence de calcifications ganglionnaires généralisées, chez un individu non tuberculeux. Pendant la vie, l'aspect général du malade, la matité du sommet du poumon gauche, les bronchites fréquentes pouvaient laisser soupçonner l'existence d'une tuberculose pulmonaire, mais, outre que l'examen des crachats pratiqué deux fois, en 1888 et en 1890, n'avait pas révélé l'existence de bacilles de Koch, l'autopsie a montré qu'il n'y avait aucune trace de tuberculose ancienne ou récente dans les poumons; les signes physiques perçus au sommet du poumon étaient dus à une calcification pleurale.

Les calcifications ganglionnaires ne peuvent s'expliquer que de trois façons;

1° Ou bien il s'agit d'une dégénérescence secondaire à une lésion primitive quelconque;

2° Ou bien d'une imprégnation primitive par des particules minérales absorbées directement par les lymphatiques à la surface de la muqueuse intestinale ou des alvéoles pulmonaires;

3° Enfin, les calcifications peuvent être d'origine interne, et les particules inorganiques qui infiltrent les tissus normaux ou pathologiques proviennent directement du sang. Deux conditions sont nécessaires pour que ce mode de calcification se réalise : d'abord une condition locale, à savoir, l'amoindrissement de la vitalité des tissus qui se calcifient; puis une condition générale, la dyscrasie calcaire, qui dépend soit d'un excès de production des éléments minéraux (alimentation, désassimilation osseuse, affections diverses du système nerveux, etc.), soit d'un obstacle à leur élimination. Le tout constituerait pour Lobstein et Virchow, une véritable diathèse calcaire.

Les dégénérescences calcaires de la première catégorie sont les plus communes, mais il n'était pas possible de ranger notre cas dans cette catégorie. Il aurait fallu admettre une maladie spontanée des ganglions bronchiques, hépatiques et mésentériques, puisque les organes qui déversent leurs lymphatiques dans ces ganglions ne présentaient pas de lésions génératrices d'un retentissement ganglionnaire.

Donc l'idée d'une imprégnation des ganglions par des particules minérales ayant produit secondairement une inflammation chronique du tissu ganglionnaire venait forcément à l'esprit.

Mais d'où venaient les particules minérales? Provenaient-elles d'une diathèse calcaire, ou d'une introduction accidentelle à la surface des muqueuses pulmonaire et intestinale?

Nous nous renseignâmes d'abord sur la profession de notre sujet. Nous apprîmes qu'il avait exercé pendant quarante ans la profession de stucateur. Il préparait le stuc en tamisant très finement du plâtre, qu'il porphyrisait ensuite avec des couleurs minérales, avant que ce mélange ne fût, dans un autre atelier, mélangé à l'eau gélatineuse. Plus tard, il fut employé à polir du stuc, d'abord avec du grès pilé et une molette de pierre, puis avec la pierre ponce et enfin à la pierre de touche. Pendant ces opérations, il vivait dans un nuage de poussière de sulfate de chaux dont il respirait ou avalait une certaine quantité.

La profession du sujet nous fournissait donc un renseignement important : elle nous permettait de supposer que la poussière respirée et avalée avait pu franchir, sans les léser profondément, l'épithélium alvéolaire et la muqueuse digestive, puis s'arrêter dans les ganglions lymphatiques, où elle aurait joué le rôle de corps étranger.

Pour donner la preuve de cette manière de voir, il suffisait de deux choses :

1° Connaître la composition des calcifications ganglionnaires ordinaires et s'assurer qu'elles ne contiennent pas de sulfate de chaux;

2° Démontrer la présence d'une quantité notable de sulfate de chaux dans les calcifications ganglionnaires de notre sujet.

Il existe dans la science un certain nombre d'analyses qui vont me permettre de répondre à la première question. L'une

(1) Voir le numéro précédent.

des plus importantes est celle de M. Berthelot, qui portait sur des concrétions ostéiformes du mésentère, trouvées chez un malade de M. Pestel (1). Ces concrétions renfermaient des matières grasses, une substance azotée, et, comme uniques éléments minéraux, du phosphate et du carbonate de chaux.

Dans les analyses de broncholithes de Brandes (2), de Lhéritier (3), de Fraenkel (4), de Bence Jones (5), de Zalesky (6), de Bernheim (7), les principes signalés sont le phosphate et le carbonate de chaux, le carbonate de magnésie, le chlorure de sodium, l'acide urique, l'oxyde de fer.

Des traces de sulfates alcalins ont été trouvées dans les broncholithes par Chabrié (8) et Audouard (9); mais les quantités qu'il ont rencontrées ont toujours été indosables.

J'ai trouvé aussi un certain nombre d'analyses portant sur des concrétions enchâssées dans le parenchyme pulmonaire et relevant de la tuberculose.

Sans revenir aux analyses anciennes de John, de Fourcroy, de Lassaigne et de Pearson qui ont signalé, les uns, le carbonate de chaux, les autres, le phosphate de chaux comme l'élément fondamental de ces concrétions d'origine tuberculeuse, je me bornerai à citer celles de Henry, de Sgarzi. Ces auteurs ont trouvé, dans les calculs, du phosphate de chaux, du carbonate de magnésie, du phosphate de magnésie, du carbonate de chaux, des traces de silice, d'oxyde de fer, de cholestérine, de matières grasses, mais pas de sulfates.

R. Virchow, Chiari, etc., ont observé des infiltrations calcaires du tissu pulmonaire, sans tuberculose préalable. Le savant allemand insiste aussi sur la facilité avec laquelle le poumon s'infiltre de sels calcaires, quand une cause organique quelconque favorise la calcification. Bamberger a analysé un de ces fragments calcifiés; il n'a trouvé dans les cendres que du phosphate de chaux et de magnésie, sans carbonates et sans sulfates.

Les concrétions d'origine ganglionnaire fournissent aussi du phosphate et du carbonate de chaux, de la silice, du charbon, mais jamais on n'y a rencontré de sulfates.

On peut en dire autant des calcifications pleurales.

Donc, quelle que soit la nature des concrétions pleurales, pulmonaires ou ganglionnaires, soumises jusqu'ici à l'analyse, le sulfate de chaux ne fait pas partie de leur composition chimique.

Pour fournir la seconde preuve, il fallait faire l'analyse chimique des calcifications ganglionnaires de notre malade.

Cette analyse a été pratiquée avec l'aide de M. Monfet, dans le laboratoire de la Maison de retraite des Ménages. On prit deux ganglions qu'on écrasa au mortier et qu'on dessécha à 100 degrés, jusqu'à ce que le poids de l'essai restât constant. Le résidu fut traité méthodiquement et soumis d'abord à une analyse qualitative qui décela deux acides, les acides sulfurique et phosphorique, et une seule base, la chaux. Une analyse quantitative, pratiquée sur 4 grammes de résidu desséché à 100 degrés, donna les résultats suivants :

Sulfate de chaux..........	0.799
Phosphate de chaux..........	1.791
Matières organiques..........	1.410
	4.000

Rapportés à 100 grammes, ces chiffres correspondent aux suivants.

Sulfate de chaux..........	19.98
Phosphate de chaux..........	44.78
Matières organiques..........	35.25
	100.00

La démonstration me semble aussi complète que possible, d'autant que les calcifications ne contenaient pas trace de carbonates et que la chaux formait l'unique base qu'on y pût déceler.

En conséquence, l'absorption respiratoire et digestive du plâtre réduit en fine poussière a donc été certainement le point de départ des calcifications ganglionnaires. Je puis ainsi éliminer la troisième cause des calcifications, la diathèse calcaire. car s'il s'agissait de celle-ci, les concrétions eussent été formées des éléments minéraux normaux de l'organisme et non d'un produit étranger à la composition de nos organes, tel que le sulfate de chaux. Voilà donc une maladie professionnelle non encore décrite, que l'on peut rapprocher du groupe des anthracoses sous certains points de vue, mais qui en diffère par l'exclusive localisation du sulfate de chaux dans les ganglions lymphatiques et par l'absence de lésions matérielles dans les organes qui ont servi de porte d'entrée à la matière pulvérulente.

Il est une objection qui vient immédiatement à l'esprit, au sujet de cette pathogénie curieuse. C'est d'abord la rareté de cette sorte de calcification, dont nous donnons probablement la première observation; puis c'est que nombre d'individus, travaillant le plâtre, n'ont rien présenté de similaire : ainsi, nous avons relevé nombre d'autopsies de maçons, de plâtriers, qui sont absolument négatives. On pourrait invoquer une question de prédisposition due à la perméabilité plus ou moins grande des voies respiratoires et digestives; mais c'est là une considération théorique et banale qui demeurera toujours du domaine spéculatif. Nous avons une raison bien autrement plausible à donner, c'est l'état de division extrême, l'état en quelque sorte impalpable dans lequel se trouve le plâtre qui sert à la préparation du stuc; quand une poussière est arrivée à la dernière limite de la divisibilité, elle présente incontestablement son maximum de pénétrabilité. Et, en fait, la constatation du sulfate de chaux dans les ganglions coupe court à toute objection sérieuse.

Nous disions plus haut que ce qui caractérisait cette nouvelle maladie professionnelle, c'était l'absence des lésions dans les portes d'entrée du sulfate de chaux.

En effet, il n'y avait ni pneumonie chronique ni dilatation des bronches; seulement, du côté droit, les parois bronchiques étaient légèrement épaissies. L'estomac était sain; la muqueuse intestinale un peu congestionnée et peut-être épaissie. C'est aussi à la division extrême du sulfate de chaux que nous attribuons cette intégrité : les poussières ont traversé les muqueuses sans léser leurs éléments anatomiques; puis, transportées dans les ganglions, elles y ont été arrêtées, comme

(1) Voyez *Gazette médicale de Paris*, 1885, p. 351.
(2) Brandes. Analyse d'un calcul pulmonaire, *Jour. de Ch. méd.*, 1831, t. VII, p. 183.
(3) L'Héritier. *Traité de Chimie pathologique*. — Paris, 1842, § 489, p. 691.
(4) Fraenkel. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1889, p. 142.
(5) Bence Jones. *Th. Lancet*, 1856, p. 98.
(6) Zalesky. *Untersuch. ueber den uræmisch. Process*. — Tubingen, 1865.
(7) Bernheim. *Soc. méd. de Strasbourg*. 6 juin 1872.
(8) Chabrié. *In* Thèse de Poulalion. — Paris, 1891, p. 163.
(9) Audouard. *Journal de médecine de l'Ouest*. — Nantes, 1879, t. XIII, p. 282.

de véritables corps étrangers, développant autour d'eux une inflammation chronique réactionnelle dont les produits d'inférieure vitalité se sont incrustés peu à peu de phosphate de chaux.

Mais si les poussières de sulfate de chaux n'ont pas causé de lésions matérielles dans les muqueuses qu'elles ont franchies, elles ont néanmoins fâcheusement influencé les conditions d'activité des organes respiratoires et digestifs, et l'on doit leur rapporter une série de troubles fonctionnels dont le mécanisme est bien facile à comprendre.

Notre sujet a eu trois grandes maladies pulmonaires; l'une fut caractérisée de pneumonie, les deux autres de bronchites : toujours est-il que la première le tint une année à la chambre, qu'on désespéra de sa vie, et qu'il fut malade cinq mois de suite d'une de ces bronchites. Pendant longtemps, on le considéra comme un tuberculeux, et quand il entra dans nos salles, en 1885, je discutai longtemps le diagnostic : pneumonie chez un tuberculeux, tant à cause des signes physiques que de l'apparence presque cachectique du malade.

Quant à l'intestin, le malade nous a raconté qu'il avait, du côté du tube digestif, la plus grande susceptibilité; son appétit était généralement assez bon, mais le moindre écart de régime, la plus légère fatigue, un refroidissement insignifiant, provoquaient aussitôt une diarrhée tenace. Pendant le siège de Paris, en 1870, il lui fut totalement impossible de supporter le pain noir qu'on fabriquait à cette époque : ce pain provoquait des accès de diarrhée lientérique, au point qu'il préférait se priver de nourriture, quand il ne pouvait se procurer d'autre aliment que ce pain. En somme la digestion intestinale était fort mauvaise; l'absorption était aussi fort insuffisante, si l'on en juge par l'amaigrissement du malade.

Les adhérences calcaires de la plèvre, les brides fibreuses du péritoine reconnaissent évidemment la même cause que les adénites. En tout cas, il est curieux de remarquer que les calcifications pleurales n'existaient que du côté gauche de la poitrine, que les ganglions calcifiés appartenaient presque exclusivement au côté droit.

Il serait fort intéressant de tracer l'expression clinique de cette nouvelle maladie professionnelle; mais notre seule observation est insuffisante.

Il nous semble que cette expression clinique doit être cherchée dans la coïncidence de bronchites répétées, de troubles intestinaux et d'un vice majeur de l'absorption qui entraîne une lente et graduelle déchéance de l'état général. Tous ces accidents reconnaissent comme condition les modifications profondes survenues dans les ganglions placés sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui recueillent les produits de dénutrition de l'appareil pulmonaire et de ceux qui conduisent au canal thoracique les produits absorbés à la surface de l'intestin. L'appareil cardio-pulmonaire se trouvait ainsi placé dans une véritable infériorité fonctionnelle, tandis que la nutrition générale était, de son côté, fâcheusement influencée par le trouble continu dans l'absorption digestive.

Jusqu'à présent, on connaissait surtout les troubles fonctionnels et les lésions qui se produisaient dans les ganglions à la suite des modifications de structure primitive dans les organes en rapport avec ces ganglions, mais cette observation appelle l'attention sur une face nouvelle de la pathologie des affections ganglionnaires, à savoir toute une catégorie de troubles d'ordre fonctionnel dépendant des conditions nouvelles d'activité dans lesquelles se trouve placé un organe dont la circulation lymphatique est entravée par une lésion primitive du système ganglionnaire correspondant.

Voilà un point de vue nouveau de la question, qui, dans le cas actuel, rend parfaitement compte des troubles pulmonaires et intestinaux dont le malade a souffert pendant la plus grande partie de sa vie. De plus, ce fait peut ouvrir à la pathologie quelques aperçus nouveaux, et étendre les limites, aujourd'hui restreintes, de la pathologie fonctionnelle.

Je crois pouvoir éliminer de l'expression clinique de la maladie qui m'occupe, la péricardite aiguë qui a causé la mort du malade, celle-ci étant suffisamment expliquée par la poussée rhumatismale aiguë du côté de l'articulation de l'épaule. Cependant, on peut se demander si les calcifications ganglionnaires du médiastin n'ont pas joué un rôle adjuvant, en rendant plus difficile le départ des produits de la désintégration fonctionnelle du muscle cardiaque.

Mais ce qui rentre bien dans la symptomatologie de ces calcifications, c'est l'accès de douleur déchirante, accompagnée de quintes de toux, de dyspnée, que le malade ressentit lors de sa première entrée à l'infirmerie. C'est là un accident qui figure dans la plupart des observations de calcification ganglionnaire ou pulmonaire, c'est, suivant l'heureuse expression de M. Poulaillon (1) qui vient de consacrer un excellent travail à l'étude des «Pierres du poumon», une véritable colique pulmonaire, qu'elle soit suivie ou non de l'expulsion du calcul.

En résumé, je crois avoir démontré les points suivants :

1° Les particules minérales très finement divisées peuvent franchir l'épithélium pulmonaire et la muqueuse intestinale sans les altérer au passage, et incruster les ganglions lymphatiques voisins;

2° A côté des pneumonoconioses classiques, il faut en placer une nouvelle, non encore décrite, qui frapperait les stucateurs et à laquelle je propose de donner le nom d'*adéno-gypsose* ou *maladie des stucateurs*;

3° L'incrustation gypseuse n'est pas localisée aux ganglions du médiastin; elle s'étend aux ganglions mésentériques. L'absorption du plâtre a lieu aussi bien dans les poumons que dans l'intestin ;

4° L'expression clinique de cette affection se compose de deux éléments : ce sont d'abord les symptômes qui dépendent directement de la présence dans l'abdomen et dans le médiastin des ganglions calcifiés, symptômes qui traduisent les compressions périphériques, les réactions inflammatoires, les migrations, etc.; puis ceux qui sont sous la dépendance du trouble apporté dans l'absorption digestive et dans le départ des produits de désassimilation de l'appareil broncho-pulmonaire;

5° Si d'autres observations viennent confirmer la réalité de cette maladie professionnelle et nous éclairer sur sa fréquence, ainsi que sur les conditions réelles qui président à son développement, il n'est pas douteux qu'une hygiène industrielle bien entendue ne puisse lui opposer des moyens prophylactiques;

6° Cette affection permet d'étudier les troubles fonctionnels qui surviennent dans les organes à la suite des altérations primitives des ganglions correspondants, et des obstacles à la circulation lymphatique.

(1) M. Poulaillon. *Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phtisie calculeuse.* Thèse de Paris, 1891.

VICES DE CONFORMATION

OBSERVATIONS SUR UN CRYPTORCHIDE (1)

Par G. VARIOT.

J'ai observé, dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, un homme atteint de cryphtorchidie, et j'ai eu l'honneur de présenter et d'offrir sa reproduction photographique à la Société d'anthropologie.

Voici les renseignements que j'ai pu recueillir sur ses antécédents de famille et sur son passé personnel.

Il se nomme Simon B., d'origine israëlite et il est né près de Colmar en Alsace Lorraine en 1849; son père et sa mère seraient morts à un âge avancé; il a deux frères et une sœur mariés; tous trois auraient eu des unions fécondes.

Simon a passé son enfance et sa jeunesse au lycée de Colmar, et, jusqu'à l'époque de la puberté, son développement physique et intellectuel parait avoir été normal; il prétend même avoir eu des prix d'arithmétique dans sa classe. A 15 ans, il devint presbyte et fut obligé de porter des lunettes pour lire: depuis il n'a jamais pu s'en passer.

Plus tard, ses camarades l'entrainèrent dans des parties de plaisir et il essaya d'avoir des rapprochements sexuels avec des femmes; mais il agissait simplement par imitation, car il n'avait aucun désir et n'éprouvait aucune sensation voluptueuse. Après ces essais infructueux il a renoncé complètement aux rapports génitaux; il n'avait d'ailleurs que de rares érections, jamais d'éjaculations, ni de pollutions nocturnes.

Au conseil de révision, il fut réformé pour infirmité. Simon arriva à Paris en 1871 et, jusqu'à l'année dernière, il occupait une modeste position de placier en cuirs qui lui rapportait environ 1.500 fr. par an.

Sa santé générale était bonne; il était même très obèse car il a pesé jusqu'à 105 kilogs. Son embonpoint un peu excessif ne l'empêchait pas de remplir les devoirs de sa profession; il avait, dit-il, une existence très calme, jamais il n'eut l'ambition de se créer une situation au-dessus de celle qu'il occupait.

Depuis un an environ cet homme est en traitement pour une albuminurie persistante dont il a été impossible de préciser la cause. La quantité d'albumine dans les urines s'est élevée jusqu'à 6 gr. par litre; cette quantité est beaucoup moindre aujourd'hui.

Mon intention n'est pas d'ailleurs d'approfondir ici les accidents morbides qu'il présente, mais d'examiner comment la cryptorchidie a retenti sur le développement des différents systèmes organiques et sur leur fonctionnement.

Au-dessous de la verge la peau un peu pigmentée est plissée pour former des bourses très réduites avec un raphé médian. Ces bourses sont absolument vides; par une palpation minutieuse on n'y sent ni testicules, ni nodosités, ni cordons plus ou moins distincts.

L'exploration des canaux inguinaux et des fosses iliaques ne permet pas non plus de reconnaître de saillies répondant aux testicules arrêtés dans leur descente. La verge est petite, mais bien conformée, elle n'a que 4 centimètres de longueur. La région pubienne est chargée de graisse et proémine en formant un pli profond à la racine de la verge. Quelques poils extrêmement rares, à peine apparents, émergent sur la peau du pubis.

Toute la peau du corps est flasque aussi bien sur le tronc que sur les membres; au-devant de l'abdomen spécialement elle forme comme un tablier un peu tombant au-dessous, duquel existe encore un pannicule adipeux. L'amaigrissement s'est produit depuis la maladie des reins, le poids du corps est réduit à 65 kilog.

Au visage la peau est un peu ridée, le teint est pâle et jaune. Les cheveux et les sourcils sont blond foncé. Partout ailleurs le système pileux est atrophié. Les lèvres, le menton, les joues sont glabres; on distingue à contre-jour quelques poils follets très fins à la place des moustaches. La région des aisselles, de même que la région pubienne, est dépourvue de poils aussi bien que toute la surface de la peau du tronc et des membres. Les mamelles, sans être très développées, pointent en avant comme celles des femmes.

Les yeux sont d'un bleu gris, le nez fortement busqué, la bouche assez largement fendue; la figure est souriante et prend souvent une expression naïve et béate.

Il semble que la deuxième dentition a été complète; on trouve la place des 32 dents, bien qu'un certain nombre d'entre elles soient tombées. Les incisives de la mâchoire supérieure sont déchaussées et surtout écartées les unes des autres.

La voix est d'un timbre élevé et grêle comme celle d'un enfant de 10 ans.

Simon est d'une taille élevée, mais il a le dos légèrement voûté; l'incurvation en avant de la colonne vertébrale porte sur la première partie de la région dorsale.

Les membres inférieurs paraissent extrêmement longs relativement au reste du corps. Les mains sont petites et les doigts très effilés.

Il est impossible de ne pas remarquer l'augmentation du diamètre transversal du bassin avec la saillie des crêtes iliaques; c'est une conformation tout à fait féminine. Le thorax paraît évasé à la partie inférieure, son diamètre antéro-postérieur est très développé par rapport au diamètre transversal. Tout le système musculaire est un peu atrophié.

La région frontale du crâne n'offre rien d'anormal. Les organes de la circulation, de la respiration, de la digestion sont en bon état.

Les troubles fonctionnels liés à l'albuminurie et à une maladie probable des reins, sont les seuls qui préoccupent cet homme. Il n'a jamais pensé à l'absence de ses testicules; comme il n'a pas de désirs génésiques, il ne regrette pas les organes qui servent à les satisfaire. Il est tout à fait insouciant à cet égard; son caractère est plutôt gai. Il est vrai que son intelligence paraît au-dessous de la moyenne, bien qu'il comprenne aisément ce qu'on lui dit, qu'il lise le journal, qu'il compte très bien, etc. Pour la moindre cause, il rit bruyamment comme le ferait un enfant. Il est inconscient de son état d'infériorité sociale.

Je n'ajouterai que quelques réflexions aux observations faites sur ce cryptorchide. C'est un ennuque naturel comme ceux dont l'histoire a été publiée par divers auteurs, et que Godard a réunis dans ses recherches sur la monorchidie et la cryptorchidie.

Marschall-Hall a dit qu'on trouvait environ un cryptorchide sur 10.000 conscrits; les faits de ce genre méritent d'être conservés.

Il est très exceptionnel, si l'on s'en rapporte aux observations connues, que les cryptorchides soient de vrais anorchides, c'est-à-dire qu'ils soient entièrement privés de testicules. Le processus embryonnaire de la formation des glandes génitales

(1) Communication faite à la Société d'anthropologie le 4 février 1892.

a lieu, mais la descente de ces glandes, pendant la période fœtale, est entravée, et elles restent ou bien au voisinage du rein ou dans la fosse iliaque, ou bien encore elles s'engagent dans le trajet inguinal sans pouvoir en sortir. Si les testicules restent cachés dans l'intérieur du ventre, ils se sclérosent, s'atrophient et restent stériles. Les tubes testiculaires avec leurs cellules séminales ne forment pas de spermatozoïdes et par suite l'organe ne remplit pas ses fonctions naturelles.

Ces conditions équivalent à la suppression des testicules, à la castration. Le cryptorchide, dont les testicules sont en éctopie iliaque ou lombaire, présente donc les caractères habituels de l'eunuque: atrophie du système pileux, embonpoint exagéré, conformation féminine du squelette, larynx mal développé, voix à timbre élevé et enfin absence de désirs génitaux.

Le défaut de fonctionnement des glandes génitales chez l'homme entraîne des troubles considérables de la nutrition et du développement qu'on observe aussi chez les animaux castrés. Buffon, dans son histoire naturelle, nous dit que les cerfs castrés ne poussent plus leur ramure annuelle.

Dans une prochaine communication sur un monorchide j'étudierai les altérations microscopiques que subit le testicule qui s'arrête dans la fosse iliaque et dans le canal inguinal.

DÉMOGRAPHIE

LES MALADIES VÉNÉRIENNES A BERLIN

LEUR DÉCROISSANCE PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES

Un médecin de Berlin, M. Blaschko, a publié récemment (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1892, n° 3, p. 23) une curieuse étude qu'il a communiquée à la Société allemande de médecine publique, et dans laquelle il s'est attaché à démontrer que les maladies vénériennes ont perdu progressivement de leur fréquence, dans la capitale prussienne, pendant les trente dernières années, en même temps qu'il a examiné les causes susceptibles de rendre compte de ce résultat. Il s'agit là d'une question de démographie, intéressante au plus haut degré, eu égard à ses rapports avec la santé publique : c'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons cru devoir porter l'étude de M. Blaschko à la connaissance de nos lecteurs.

Voyons d'abord ce qui est relatif au premier point : les maladies vénériennes sont en décroissance à Berlin, depuis une trentaine d'années (exception faite des années 1890 et 1891). Voici les preuves que M. Blaschko fournit à l'appui de cette assertion.

Il constate d'abord que la population de Berlin s'est élevée dans les proportions suivantes :

Nombre des habitants......	528.900 en	1860
—	1.520.000 —	1889

Dans le même espace de temps, le nombre des prostituées placées sous la surveillance de la police s'est élevé :

De 989 en	1860
A 3.713 —	1889

La proportion de ces mêmes prostituées, internées dans un hôpital (Charité) pour cause de maladie vénérienne, s'est abaissée de 107 0/0 à 50 0/0; cette proportion a été en moyenne de :

109,4 0/0	pour la période décennale de		1860-1869
55,4 0/0	—	—	1870-1879
38,6 0/0	—	—	1880-1889

Ces derniers chiffres, l'auteur en convient, sont sujets à caution. En effet ils englobent indistinctement les prostituées « libres » et les prostituées « inscrites », les maladies syphilitiques et les autres maladies vénériennes, les cas récents et les récidives. Mais si on les considère en bloc, si d'autre part on tient compte de ce que l'examen médical des prostitués est allé en se perfectionnant, on peut voir dans les chiffres qui précèdent une première preuve qu'à Berlin, pendant les trente dernières années, la fréquence des maladies vénériennes est allée en diminuant dans le milieu spécial qui comprend les prostituées inscrites.

Voici, d'autre part, comment les choses se sont passées pour la garnison de Berlin. M. Blaschko s'est trouvé en présence de deux statistiques, qui présentent des divergences sur bien des points, et qui émanent, l'une de la préfecture de police de Berlin, l'autre de l'office de statistique. D'après la première, la proportion des cas de maladies vénériennes aurait été de :

43,5	pour 1.000 hommes	pendant	la période de :		1870-1879
35,4	—	—	—	—	1880-1889

D'après la seconde, elle aurait été de :

56,3	pour 1.000 hommes	pendant	la période de :		1873-1878
51,8	—	—	—	—	1878-1883
36,8	—	—	—	—	1883-1888

En ne considérant que la seule syphilis, on note la même décroissance :

11,3	pour 1.000	pendant	la période de :	1873-1878
9,8	—	—	—	1878-1883
7,8	—	—	—	1883-1888

Un autre élément d'appréciation est fourni par les statistiques de la Société de secours mutuelle des corps de métiers de Berlin, société mutuelle qui comptait plus de 60 000 membres il y a trente ans, et qui en comprend aujourd'hui plus de 200.000. Ces statistiques prêtent également à bien des critiques, de l'aveu de M. Blaschko; mais il ne s'en dégage pas moins cette conclusion : décroissance des maladies vénériennes pendant les trente dernières années, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

Pendant la période décennale qui part de 1860, la proportion des cas de maladies vénériennes a été de 6,4 par 100 personnes, faisant partie de la société, de 5,9 par 100 cas de maladies diverses.

Pendant la période décennale qui part de 1880, ces deux proportions se sont abaissées à 4,9 °/₀ et 2,7 °/₀.

Les données statistiques tirées des archives de l'hôpital de la Charité, de Berlin, le seul des grands établissements hospitaliers de cette capitale qui admet en traitement régulier des vénériens, parlent dans le même sens; elles dénotent une diminution progressive du nombre des cas de maladies vénériennes en général, du nombre des cas de syphilis en particulier, admis en traitement.

Un autre argument, invoqué par M. Blaschko à l'appui de sa thèse, est basé sur la diminution progressive du nombre des cas de mort-nés. Sur le nombre total des naissances, la proportion des mort-nés a été de :

46,2	pour 1000	pendant la période décennale de	1860-1869
40,9	—	—	de 1870-1879
37,7	—	—	de 1880-1889

Or, parmi les causes diverses de la mort du fœtus, la syphilis est indubitablement de beaucoup la plus fréquente.

Les données statistiques qui précèdent se rapportent en

somme à des catégories spéciales d'individus. Pour arriver à une estimation tant soit peu approximative de la fréquence générale de la syphilis dans la population berlinoise considérée en bloc, M. Blaschko a fait le calcul suivant :

A l'hôpital de la Charité, le nombre des syphilitiques admis depuis le 1er janvier 1874 jusqu'au 1er avril 1890 s'est élevé à 23.324, ce qui fait une moyenne de 1:530 par an, dont environ 650, c'est-à-dire 42 %, étaient atteints d'une syphilis récente. Le nombre des cas de syphilis admis en traitement dans l'ensemble des autres hôpitaux devait osciller entre 200 et 500, dont 100 cas de syphilis récente, d'après les estimations de M. Blaschko. Celui-ci admet, un peu arbitrairement, que chacun des 1.000 médecins qui pratiquent à Berlin a dû soigner annuellement au moins 3 cas de syphilis récente, que le nombre des cas traités par les spécialistes doit s'élever à 500, le nombre de ceux qui ne sont pas traités du tout ou qui le sont par des charlatans doit s'élever à 800, chiffres qui sont plutôt en-deçà qu'au-delà de la vérité. On arrive ainsi à un total annuel de 5.000 cas de syphilis, pour une population de 1.270.000 âmes, proportion : 4 pour 1.000. En fixant à 6 pour 1.000 le taux moyen des quinze dernières années, avec un chiffre moyen de population de 700.000 âmes et une durée moyenne de vie de 30 années, M. Blaschko arrive finalement à ce résultat, que 10 à 12 % des habitants de Berlin sont syphilitiques, chiffre qui concorde sensiblement avec celui qui a cours pour d'autres grandes cités.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

INFECTION BILIAIRE

Dans un travail récent, M. le Dr Mauny a étudié les effets produits par la rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques du foie. Un tel sujet peut sembler au premier abord facile et même légèrement banal, et pourtant il soulève une question délicate et pleine d'intérêt : celle de l'action exercée par le contact de la bile sur la grande séreuse abdominale. Il s'en faut que cette question puisse être tranchée délibérément, à priori, et par le seul effort du raisonnement, comme on peut s'en convaincre par la lecture du travail de M. Mauny. Ainsi, on a cru et enseigné longtemps que la bile, de même que l'urine et d'autres produits d'excrétion, était douée par elle-même de propriétés irritantes et phlogogènes, grâce auxquelles son contact avec une séreuse quelconque devait incessamment provoquer une réaction inflammatoire franche et nettement caractérisée. L'observation confirme-t-elle cette opinion prématurée et peu théorique? On se convaincra aisément du contraire, quand on aura pris connaissance des faits que M. Mauny a réunis dans son travail, et des expériences dont cette question lui a fourni le sujet. Ces dernières particulièrement nous semblent très probantes et nous ne croyons pas que l'on puisse arguer, pour les repousser, de la différence physiologique entre l'homme et les animaux expérimentés.

En effet, sur une série de trois lapins, M. Mauny a pratiqué l'ouverture de la vésicule biliaire par la laparotomie, en n'oubliant aucune des précautions antiseptiques dont l'absence aurait pu altérer les résultats. Un seul de ces animaux succomba, mais par le fait d'une faute opératoire qui permit la pénétration des matières fécales dans le péritoine ; les deux autres survécurent et ne présentèrent aucun signe de réaction inflammatoire du côté de la séreuse péritonéale. Sur une deuxième série de lapins, l'expérience fut plus décisive encore, car l'opérateur pratiqua une fistule de la vésicule, de manière à rendre permanent l'écoulement de la bile dans la cavité abdominale. Au bout de trente-cinq jours, les animaux paraissent fort bien portants, nullement affectés par les suites du traumatisme subi. Ils furent sacrifiés à ce moment et on ne trouva, au niveau de leur péritoine, que des lésions minimes, à peu près insignifiantes. Des résultats semblables ont été constatés par M. Louis, interne de l'hôpital Bichat, qui avait pris soin de pratiquer préalablement la ligature du canal cholédoque pour forcer la bile à refluer par la fistule dans le péritoine. On peut déjà conclure de ces expériences que l'action de la bile normale sur le péritoine est très faible, sinon tout à fait négative.

L'examen des faits cliniques autorise à formuler une opinion à peu près analogue. Il suffit d'avoir lu quelques-unes des observations citées par M. Mauny pour être convaincu de cette innocuité relative de la bile épanchée hors de ses cavités naturelles, du moment qu'elle offre ses conditions normales de composition. La plupart de ces faits sont relatifs à des cas de rupture traumatique des voies biliaires, et nous voyons, dans les uns, la guérison survenir définitivement après évacuations successives par ponction d'un liquide intra-péritonéal chargé de bile; dans les autres, moins heureux ou suivis de mort, l'autopsie démontrer l'absence d'inflammation séreuse, malgré un contact prolongé avec le liquide biliaire. L'expérimentation et la clinique se trouvent donc à peu près d'accord pour infirmer l'ancienne doctrine, si longtemps acceptée et maintenue faute d'un contrôle suffisant.

Mais si la bile considérée en elle-même est réellement inoffensive, comment expliquer que, dans certains cas, sa diffusion accidentelle à l'intérieur de la cavité abdominale ait fait naître de graves accidents d'inflammation. Cette explication est facile, suivant M. Mauny : tout dépend de l'état aseptique ou septique de la bile au moment où a lieu la rupture de ses réservoirs naturels. Dans les conditions normales, l'état aseptique paraît être la règle commune, à peu près invariable ; on a même été plus loin, et on a doté la bile de propriétés réellement antiseptiques. Nous accepterons le fait, et nous insisterons sur son importance, laissant provisoirement de côté la question de savoir quelle est la cause véritable de cette remarquable propriété du liquide biliaire. Si donc le contact de celui-ci avec le péritoine amène dans certaines circonstances une réaction phlegmasique violente, cela ne peut s'expliquer que par son altération, par une véritable infection préalable. En fait, la clinique fournit déjà un appoint sérieux à cette hypothèse, car elle nous montre ces accidents de péritonite aiguë, consécutifs à la rupture des voies biliaires, survenant de préférence chez des individus atteints de maladies antérieures (ictère, fièvre typhoïde) très propres à préparer l'altération septique de la bile. Toutefois, la meilleure interprétation nous est fournie par la théorie générale de l'infection, telle qu'elle résulte des mémorables travaux de Pasteur. C'est elle qui nous fournit l'interprétation la plus précise et la plus satisfaisante d'un fait qui ne pouvait être que soupçonné, entrevu, avant les découvertes de la bactériologie.

On est fondé à croire, en effet, que l'infection biliaire n'est qu'un cas particulier de cette grande loi qui attribue l'infec-

tion, considéré d'un point de vue général, à la présence et au développement de ces microorganismes dont le rôle est aujourd'hui nettement déterminé. Suivant toute probabilité, elle se produit par l'intermédiaire de germes venus de l'extérieur et apportés dans la glande hépatique par l'une quelconque des voies de communication dont elle est largement pourvue. L'extérieur, ici, est représenté par le tube digestif, ce foyer permanent de germes pathogènes multiples et de fermentations de toutes sortes. On conçoit facilement que, dans certaines conditions, par exemple à la suite d'altérations préalables des voies biliaires, la pénétration de ces germes se trouve favorisée et que, par suite, la bile devienne nettement septique. Il se passerait ici quelque chose d'analogue à ce que l'on observe pour l'urine, qui, naturellement aseptique et neutre à l'état normal, au point d'être inoffensive pour le péritoine et les tissus ambiants, peut devenir après fermentation un liquide éminemment septique et phlogogène. Cette assimilation est parfaitement légitime, car elle est justifiée par la clinique et l'expérimentation. Dans les deux cas, l'élément infectieux est surajouté, apporté du dehors, et c'est pour avoir ignoré cette circonstance que nos prédécesseurs ont professé longtemps une opinion erronée.

Toutefois, il faut reconnaître que nous connaissons peu de chose encore sur cette importante question de l'infection biliaire, soulevée incidemment par l'analyse du mémoire de M. Manny. Elle a déjà été pourtant l'objet de recherches spéciales, dont quelques-unes récentes se trouvent consignées dans des travaux de tous points dignes d'estime. Nous citerons opportunément, parmi ces derniers, le remarquable mémoire de M. E. Dupré qui, étudiant la question des infections biliaires, a pu établir expérimentalement des faits extrêmement intéressants. Entre autres remarques, M. Dupré a reconnu que la bile fraîche, aspirée sur un animal vivant, ou prélevée immédiatement après sa mort, ne renferme aucun microorganisme. Il a constaté aussi que l'ensemencement de milieux nutritifs connus avec cette bile reste stérile, soit à la température ambiante, soit à l'étuve. Il a pu conclure enfin que l'infection biliaire n'est pas une et toujours identique à elle-même, qu'elle peut être monobactérienne ou polybactérienne; que, de plus, elle serait souvent d'origine intestinale. Ces remarques ont un intérêt considérable, car elles font ressortir l'importance pathogénique des altérations microbiennes de la glande hépatique et permettent d'entrevoir le rôle que ces altérations peuvent jouer dans certaines conditions déterminées. Il y a là comme un chapitre de pathologie à peine ébauché, mais qui paraît fécond en promesses pour l'avenir. Le travail de M. Mauny, spécialement visé dans le présent article, nous donne une idée de tout ce qui reste à rechercher et à découvrir dans ce nouvel ordre de faits.

P. MUSELIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DE L'HYSTÉRIE CONSÉCUTIVE A L'INTOXICATION PAR LA MORPHINE, par le Dr NEVED-DÉROTRIE. — Thèse de Paris.

Comme d'autres intoxications, celle par la morphine peut réveiller une hystérie éteinte ou provoquer l'apparition d'une hystérie nouvelle chez un sujet prédisposé. Les accidents hystériques qu'on observe alors surviennent dans la période amorphinique et ont souvent été considérés à tort comme dûs à l'intoxication elle-même. Quand on parvient à guérir la morphinomanie, l'hystérie s'amende surtout quand le traitement employé a été la suppression brusque aidé de la suggestion. Une conclusion pratique de ce travail, c'est le danger qu'il y a à donner de la morphine à des hystériques, car elles deviennent rapidement morphinomanes et aggravent leurs désordres nerveux.

DE L'HYSTÉRIE ALCOOLIQUE, par le Dr SALMERON. — Thèse de Paris.

Depuis que M. Debove a établi la notion des hystéries toxiques, on voit leur nombre augmenter chaque jour, et les hystéries symptomatiques empiètent sans cesse sur le terrain de l'hystérie dite essentielle, probablement destinée à disparaître du cadre nosologique. Toutes les formes de l'intoxication alcoolique produisent l'hystérie avec une égale fréquence; l'absinthisme paraît néanmoins tenir le premier rang. L'alcoolisme des parents a souvent une influence considérable sur le développement de la névrose chez les enfants. En raison de la combinaison fréquente de l'alcoolisme avec d'autres causes d'hystérie, les observations où la névrose reconnaît l'intoxication pour origine exclusive sont rares. Souvent l'alcoolisme réveille une hystérie latente; comme symptômes, l'hystérie alcoolique présente peu de particularités la distingnant des autres formes.

DE L'HYSTÉRIE CONSÉCUTIVE A LA GRIPPE, par le Dr LE JOUBIOUX. Thèse de Paris.

Comme toutes les affections qui débilitent l'organisme et surtout comme les maladies infectieuses, la grippe peut provoquer l'hystérie. Elle peut le faire à diverses périodes de son évolution, mais surtout pendant la convalescence. Sous son influence les manifestations les plus diverses de l'hystérie peuvent apparaître, soit isolément, soit combinées les unes aux autres. La guérison survient dès que l'état général est relevé par un traitement approprié. A l'appui de ces conclusions, l'auteur expose un petit nombre d'observations insuffisant pour établir leur généralité.

SUR UN SYNDROME HYSTÉRIQUE, SIMULANT LA PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE par le Dr POIRIER. — Thèse de Paris.

L'hystérie peut prendre le masque de la pachyméningite cervicale, de même qu'elle prend parfois celui de la sclérose en plaques, du tabes dorsalis, du mal de Pott, etc. Elle en simule alors, avec une précision remarquable, les principaux symptômes et même l'évolution. L'observation rapportée est fort intéressante, la période douloureuse a été, dans ce cas, plus courte qu'elle ne l'est habituellement dans la pachyméningite; en outre, à la période des déformations, les lésions prédominaient d'un côté. Le mode de début, la rapidité de la marche et surtout l'existence de stigmates hystériques serviront à faire le diagnostic.

DE L'ŒDÈME HYSTÉRIQUE, par le Dr TRINTIGNAN. Thèse de Paris.

C'est un œdème dur, bleuâtre ou rougeâtre, souvent confondu avec l'œdème rhumatismal, le phlegmon profond, etc., dont il se distingue, cependant par sa couleur, l'hypothermie, l'absence de pus ou de sérosité, et surtout par son apparition

et sa disparition subites. Souvent il est précédé ou suivi de parésie, paralysie ou contracture avec anesthésie. Il se développe sur les sujets névropathes et présentant les stigmates de l'hystérie. Cet œdème hystérique est dû à des troubles vasomoteurs et trophiques d'origine purement nerveuse, aussi guérit-il assez bien sous l'influence de l'hydrothérapie, du massage, de l'électricité et enfin de la suggestion hypnotique.

Des fugues inconscientes hystériques, par le Dr Saint-Aubain. Thèse de Paris.

Le diagnostic entre les fugues hystériques et l'automatisme comitial ambulatoire est souvent fort difficile à établir. Il est cependant important de le faire pour le traitement comme pour le pronostic. Si on reconnaît avoir affaire à des fugues hystériques, on portera un pronostic relativement bénin, au point de vue de la guérison et de la conservation des facultés intellectuelles; c'est le contraire, s'il s'agit d'automatisme épileptique. L'étude minutieuse des caractères de l'accès peut seule permettre d'établir un diagnostic, et même reste-t-il souvent douteux.

De l'automatisme comitial ambulatoire, par le Dr Sous. Thèse de Paris.

L'automatisme ambulatoire qui existe dans l'épilepsie est analogue à l'état second décrit chez les hysteriques par Azam, de Bordeaux, il peut être considéré comme une véritable maladie de la mémoire, la perte du souvenir des événements récents y jouant un rôle considérable.

L'épileptique, dans ses accès d'automatisme, ne peut être considéré comme responsable. Néanmoins, la conscience limitée dont il jouit dans ses crises l'empêche le plus souvent de se livrer à des actes criminels ou délictueux. Le diagnostic de l'automatisme comitial est difficile et ne peut souvent être fait que par l'étude soigneuse des antécédents du malade; l'efficacité du traitement bromuré est aussi une pierre de touche utile à consulter.

Contribution a l'étude de l'étiologie de la paralysie générale, par le Dr Henri Evrard. — Thèse de Paris.

L'auteur a examiné 52 observations de paralysie générale recueillies avec soin et conclut de leur étude que les causes les plus fréquentes de paralysie générale sont : 1° l'hérédité des tendances congestives et tout ce qui dispose à la congestion cérébrale. (Nous ferons remarquer qu'il a oublié de parler du rôle prépondérant de l'arthritisme, qui précisément est la source de ces tendances.); 2° l'alcoolisme, quand le terrain est préparé, à titre de cause occasionnelle; 3° la syphilis, dont l'influence paraît incontestable.

Contribution a l'étude de la maladie de Basedow, par le Dr Renault. — Thèse de Paris.

Le but de ce travail est de démontrer, une fois de plus, que la maladie de Basedow n'est pas une entité morbide définie, mais bien une réunion de symptômes apparaissant d'une façon indéterminée chez certains individus à terrain favorable. Ces symptômes sont à peu près tous d'égale valeur, en tant que manifestations d'un état général. Au point de vue de la localisation anatomique, l'affection ne serait-elle pas plutôt d'origine périphérique que la traduction d'une névrose bulbaire? Le signe de Vigouroux, diminution de la résistance électrique, ne fait presque jamais défaut. Quant au traitement, le meilleur est la faradisation, elle améliore rapidement le malade et amène souvent la guérison complète.

Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow, par le Dr Martin. — Thèse de Paris.

Ces troubles psychiques ont souvent été signalés; cette thèse constitue un travail d'ensemble d'après les observations recueillies par divers. On les voit varier depuis les simples modifications du caractère jusqu'à une véritable folie. Les délires observés revêtent des formes diverses, agitation maniaque, persécution, mélancolie. Il est difficile de dire si ces troubles mentaux sont sous la dépendance du goître exophthalmique ou s'ils dérivent d'une hystérie antérieure; cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable. La vérité est que la maladie de Basedow est en relations intimes avec les névroses et surtout avec l'hystérie et qu'elle facilite chez les prédisposés l'éclosion ou l'aggravation des délires. G. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

Suite (1).

TITRE V. — Exercice illégal. Pénalités.

C'est le seul titre dont le libellé ne se trouve pas modifié, aussi ne le fournissons-nous pas en lettre italiques.

ARTICLE 17

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles *1, 2, 3, 4* et *5* de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, *sauf les cas d'urgence avérée* **;**

2° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article *2* ci-dessus;

3° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi;

4° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

— « Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme » serait une énonciation suffisante; ou bien il faudrait encore énumérer les diplômes de dentiste et de sage-femme, avec ceux de docteur et d'officier de santé, pour avoir une rédaction complète.

Les articles 1, 2, 3, 4 et 5 sont visés au premier paragraphe, par suite d'une erreur manifeste, puisque tous ces articles ne concernent que des personnes munies de diplômes. C'est vraisemblablement des personnes non diplômées, c'est-à-dire des internes et étudiants autorisés à exercer pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de médecins, et des dentistes

(1) Voir le numéro 1, 2, 3, 5 et 6.

transitoirement maintenus, que l'on a entendu parler, comme dans le projet de la Chambre. En conséquence les articles à citer seraient des suivants : 6 et 34. C'est là une rectification absolument indispensable. Il serait peut être bon de viser aussi l'article 30, nouveau, concernant les médecins et sages-femmes étrangers (non diplômés dans notre pays) autorisés, à ce jour, à exercer en France, et dont l'autorisation est transitoirement maintenue par ce nouvel article. Quant au défaut d'enregistrement des diplômes, il ne peut donner lieu à des poursuites pour exercice illégal, l'article 23, ci-après prononçant, de ce chef, une pénalité spéciale.

Dans le projet de la Chambre, le paragraphe premier faisait consister l'exercice illégal dans « une direction suivie, des manœuvres opératoires ou applications d'appareils ». Une longue discussion s'était élevée sur la portée de ces expressions qui ont disparu du projet de la commission du Sénat. En doit-on conclure que, conformément à l'ancienne jurisprudence, un seul fait suffira pour constituer l'exercice illégal ou que, du moins comme semble l'indiquer le texte pour la médecine et la chirurgie, il faudra, en principe, s'être livré à un véritable traitement, ainsi que l'avait désiré la Chambre ?

Enfin on rencontre un certain palliatif à la rigueur de la loi, dans les mots « sauf les cas d'urgence avérée » qui ne figuraient pas au précédent projet. Il serait bon d'appliquer cette dernière stipulation, si ce n'est aux dentistes qui pratiqueraient l'anesthésie, du moins aux sages-femmes qui sortiraient des limites tracées à l'exercice de leur profession et de la reproduire au paragraphe 3 qui les concerne.

Le second paragraphe de l'article 17 devrait surtout, en outre de l'article 2, viser le second paragraphe de l'article 34 qui interdit aux dentistes non diplômés transitoirement maintenus de pratiquer l'anesthésie en général. Ceux-ci ne peuvent être traités plus favorablement que les dentistes diplômés, au point de vue de la pénalité. Les diplômés paraissaient même suffisamment désignés, comme les sages-femmes du reste, par le paragraphe 4 qui atteint quiconque, muni d'un titre régulier, sort des attributions qui lui sont conférées.

Le paragraphe 3 de l'article 17 renferme encore une erreur de citation, les articles 7 et 8 qu'il vise ne concernant nullement les sages-femmes. C'est à l'article 4 qu'il faut s'en référer et peut être aussi à l'article 3, paragraphe 2, si l'on veut punir le changement de département au même titre que l'exercice illégal, et, encore, faudrait-il s'en expliquer formellement pour toutes les sages-femmes de 2e classe, le susdit paragraphe 2 semblant n'avoir trait qu'aux boursières.

Les erreurs manifestes, inexplicables, et en somme grossières, dont fourmille l'article 17, comme d'ailleurs plusieurs autres, sont un nouvel exemple de l'incroyable légèreté avec laquelle nos lois sont rédigées et débattues.

Quant au dernier paragraphe de l'article 17, il ne paraît pas s'appliquer, exclusivement du moins (comme nous l'avons déjà dit dans notre notre premier commentaire), aux étudiants visés par l'article 6, mais à tous les étudiants en médecine employés par un docteur. *Quid* de ceux qui seraient ainsi employés par de simples officiers de santé, en dehors du cas spécial de l'article 6, et aussi des élèves sages-femmes, et des élèves dentistes s'il en surgit ?

ARTICLE 18.

Le délit d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, sera *poursuivi devant les tribunaux correctionnels*, **à la diligence du procureur de la République.**
Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées *et les syndicats pourront poursuivre le délit ou le dénoncer*, **et,** *s'il y a lieu*, **se porter partie civile.**

Les modifications qu'a subies cet article ne sont que de pure forme, le sens demeurant exactement le même.

Nous faisons, à nouveau, remarquer que le premier paragraphe est parfaitement inutile. Du moment que toutes les peines prononcées par la présente loi sont supérieures à 15 fr. d'amende, il ne peut s'agir que de délits du ressort des tribunaux correctionnels. On sait qu'il en était différemment de la loi de ventôse dans laquelle, par conséquent, cette disposition avait sa raison d'être.

« Partie civile » serait mieux au pluriel.

ARTICLE 19.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 francs à 1.000 francs. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.
L'exercice illégal de l'art dentaire ou de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, de 100 à 500 francs. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

La disposition des phrases pourrait laisser supposer que l'emprisonnement facultatif sera applicable à tous les cas d'exercice illégal, même en l'absence de toute récidive, ce serait excessif et contraire à la loi de ventôse. Il faudrait cependant s'en expliquer clairement.

ARTICLE 20

Si l'exercice illégal de la médecine *ou de l'art dentaire* **est accompagné d'usurpation de titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1.000 à 2.000 francs ; en cas de récidive, elle sera de 2.000 à 3.000 francs et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.**
L'usurpation du titre de dentiste ou de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1.000 francs et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Le nouveau texte prévoyant l'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, non seulement pour l'exercice de la médecine, mais encore pour l'exercice de l'art dentaire, on eût dû prévoir aussi la même usurpation en vue de pratiquer les accouchements, puisqu'il est admis que les femmes elles-mêmes peuvent conquérir les susdits titres.

Nous rappelons encore cette étrange anomalie à laquelle on a négligé d'apporter remède et qui fait qu'aux termes du paragraphe 2 l'exercice illégal, avec usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste, est, en cas de récidive, facultativement puni de 6 à 15 jours d'emprisonnement seulement, tandis que, d'après le paragraphe 2 de l'article 19, l'exercice illégal simple est facultativement puni de six jours à un mois de prison, en sorte que, du moins au point de vue de la peine d'emprisonnement, ceux qui voudront exercer illégalement l'art dentaire ou la pratique des accouchements pourront avoir, en cas de récidive, plus d'intérêt à usurper le titre qu'à s'en passer !

Le paragraphe 1er de notre article 20 porte : « accompagné d'usurpation » *de* titre de docteur, c'est sans doute *du* titre qu'il faut lire.

ARTICLE 21.

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en

médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom *du titre* de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins *qu'il* ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Nous avons déjà fait remarquer que l'usage n'est généralement pas d'accompagner son nom des expressions « docteur en médecine » mais seulement du mot « docteur. » Un ancien projet ne prévoyait que l'emploi de la qualité de « docteur » simplement.

Il faudrait revenir à cette rédaction, si l'on ne veut pas que celui qui ne fait usage que de cette dernière qualification échappe à toute répression. Cette disposition ne paraît concerner que les docteurs étrangers autorisés, à ce jour, par le gouvernement, à exercer en France, dont les autorisations sont transitoirement maintenues par l'article 30, car l'article 5 ne permettant aux médecins qui viennent de l'étranger, d'exercer dans notre pays, que s'ils obtiennent le diplôme de docteur français, si ces médecins voulaient exercer chez nous, sans avoir conquis ce diplôme, ils tomberaient sous le coup des articles 19 et 20, sans qu'il fût besoin de l'article 21, qu'ils prissent ou non la qualité de docteurs en médecine avec ou sans indication d'origine.

Il est présumable que la prescription de l'article 21 ne s'applique qu'aux écrits quelconques tels que lettres, prospectus, ordonnances, cartes de visite, etc.

Quant aux docteurs ès lettres, ès sciences, aux docteurs en droit on en théologie qui abuseraient de leur grade similaire, pour exercer la médecine, ce dont il a été question à la Chambre, ils s'exposeraient à tomber sous le coup de l'article 20, s'ils se qualifiaient simplement de « docteurs » sans indiquer plus précisément la nature de leur titre, ce qui serait d'ailleurs contraire à l'usage habituellement suivi.

ARTICLE 22.

Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 16 sera puni *d'une* amende de 50 à 200 francs.

Cet article devra viser aussi les sages-femmes puisque l'article 16 les a également astreintes à la déclaration. A rectifier, comme nous l'avions déjà dit, faute de quoi, aucune pénalité ne leur serait applicable de ce chef.

« Sera puni d'une amende » remplace, à notre demande, l'expression moins correcte « sera puni par une amende », que portait le texte de la Chambre.

ARTICLE 23.

Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

(*A suivre*.)

A. LÉCHOPIÉ.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : Le chauffage des voitures. — Présentation d'un jeune calculateur exceptionnellement doué.

Académie de médecine : L'antisepsie buccale dans la prophylaxie des maladies infectieuses. — L'actinomycose chez l'homme. — L'intervention chirurgicale dans les lésions du rachis. — Le microbe de l'influenza. — Guérison de l'ostéomalacie à la suite d'une opération césarienne. — Fréquence relative des diverses espèces de tænias en France.

La question du chauffage des voitures a fait, de la part de M. Gréhant, l'objet d'une note qu'il a adressée à l'Académie des sciences. Ses conclusions paraissent tout d'abord un peu différentes de celles de la communication de M. Laborde à l'Académie de médecine, dont nous avons rendu compte récemment (v. *Gaz. méd.*, n° 4. p. 46). Tandis, en effet, que, suivant notre collègue, et d'après les propres expériences de M. Gréhant, un chien, respirant dans un courant d'air chargé des produits de la combustion d'une briquette, ressent au bout de douze minutes des phénomènes d'intoxication, dans les nouvelles expériences de M. Gréhant, un animal de même espèce a pu respirer, sans en être incommodé, pendant environ trois quarts d'heure, les gaz contenus dans une voiture chauffée avec une briquette. Sans doute, dans ces dernières conditions, l'air respiré par l'animal était moins chargé d'oxyde de carbone; mais ces conditions représentent-elles celles de la plupart des voitures chauffées par les briquettes? C'est ce qu'on ne dit pas; aussi est-il sage de ne rien changer, jusqu'à nouvel ordre, aux notions acquises par les expériences antérieures sur les inconvénients et même les dangers du chauffage des voitures par les briquettes de charbon de Paris.

— M. Darboux a présenté à l'Académie des sciences un jeune calculateur émérite, Jacques Inaudi, d'origine piémontaise, qui, par la facilité et la rapidité à faire de mémoire les calculs les plus longs, rappelle le fameux pâtre tourangeau Mondeux, que nous avons vu dans notre enfance, et qui eut aussi, à son époque, les honneurs d'une présentation académique. Ces calculateurs exceptionnels, par la spécialisation et la puissance de leur mémoire, comme par les procédés mnémotechniques qu'ils emploient, peuvent offrir un sujet d'étude intéressant pour l'anthropologiste, le physiologiste, le mathématicien. C'est ce qu'a pensé l'Académie et elle a chargé une commission, composée de MM. Darboux, Poincarré, Charcot, Chauveau et Tisserand, d'examiner le jeune Inaudi et de se rendre compte de la méthode qu'il suit dans ses calculs.

— A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Laborde insiste, à l'Académie de médecine, sur les bons effets de l'antisepsie buccale comme moyen prophylactique de certaines affections, du coryza en particulier. Depuis plusieurs années, notre collègue a évité cette légère mais désagréable affection en faisant quotidiennement des irrigations aussi chaudes que possible dans la bouche et les fosses nasales avec une solution phéniquée au millième.

M. Magitot attache aussi une grande importance à l'antisepsie buccale dans la prophylaxie des maladies infectieuses. Il rappelle une observation de M. Vaillard, dans laquelle la salive, rendue septique par la présence du streptocoque pyogène, dû à un abcès gingival, avait perdu toute septicité à la suite de lavages antiseptiques. Pas n'est besoin d'ailleurs d'avoir recours à des antiseptiques toxiques comme le sublimé; M. Magitot recommande, sous la forme liquide, l'acide thymique, et, sous la forme solide, le salol.

— M. Guermonprez (de Lille) a réuni quelques cas d'actinomycose qu'il a pu observer chez l'homme, et qui tous se sont terminés par la guérison. La gravité du pronostic de l'actinomycose humaine a donc été exagérée.

En second lieu, le fait qui a servi de point de départ à la communication de notre confrère montre, avec quelques autres, le rôle des céréales, en particulier du froment, dans la transmission de la maladie. Il s'agit, en effet, dans le cas en ques-

tion, d'un jeune paysan de 14 ans, qui s'était blessé la gencive en mâchant une paille cueillie dans une grange obscure, humide, riche en moisissures. Il survint consécutivement une tuméfaction dure, qui s'ulcéra, devint fistuleuse, et dont l'examen histologique, après évidement de la partie malade du maxillaire inférieur, démontra la nature.

Dans un autre cas, une blessure au talon par la paille des sabots, a pour conséquence une ostéite chronique du calcanéum pour laquelle l'évidement de l'os est pratiqué. Ici encore l'examen histologique montre qu'il s'agit d'actinomycose.

— M. Auffret, sous-directeur du service de santé de la marine à Brest, fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les lésions du rachis, en particulier de la région cervicale.

Les deux premières vertèbres seules ne sont pas attaquables. Toutes les autres sont accessibles à nos moyens d'intervention, soit par la bouche (3e, 4e et 5e cervicales), après insensibilisation par les bromures et la cocaïne, soit par la région postéro-laterale (vertèbres dorsales), après résection d'une ou plusieurs côtes, décollement et refoulement de la plèvre.

Dans les fractures du rachis, si la vie n'est pas compromise, on doit faire l'extension brusque on continue; si la vie est menacée, on doit intervenir directement, de bonne heure, sans violence et avec méthode.

— L'influenza ayant tous les caractères d'une maladie infectieuse, la recherche de son microbe ne pouvait manquer de stimuler l'activité des bactériologistes.

Déjà, en 1890, M. Babès avait décrit un petit bacille, qu'il avait nommé *bacille transparent*, et qu'il considérait comme le microbe pathogène de la maladie. Un peu plus tard, M. Kowalsky (de Vienne), et, récemment, MM. Pfeiffer et Canon (de Berlin), ont décrit un bacille de l'influenza, qui se rapproche beaucoup de celui de M. Babès. M. Cornil est venu, mardi dernier, apporter à son tour à la tribune de l'Académie de médecine le résultat des recherches qu'il a entreprises avec la collaboration de M. Chantemesse.

Nos deux confrères inoculent à un lapin une goutte de sang d'un enfant atteint de l'influenza. Plusieurs jours après, ils trouvent, dans le sang de l'animal, des microbes répondant à la description de MM. Babès et Pfeiffer, et dont ils obtiennent des cultures sur de la gélose sucrée. Inoculées à un second lapin, ces cultures donnent lieu, dans le sang de l'animal, à un développement des mêmes bacilles. Résultat identique après introduction de deux gouttes d'une culture dans les fosses nasales d'un singe, et après inoculation, dans une veine de l'oreille d'un troisième lapin, du sang d'une jeune femme atteinte d'influenza depuis huit jours sans complication.

Tous les animaux inoculés ont été malades; ils ont eu de la fièvre, ont perdu l'appétit, ont maigri et ont conservé, pendant deux ou trois semaines, des bacilles dans leur sang.

Ce bacille, que MM. Cornil et Chantemesse ont retrouvé, à l'état de pureté, dans le sang et les produits de l'expectoration de plusieurs malades atteints d'influenza, à la période fébrile ou apyrétique, est difficile à distinguer à cause de sa petitesse et de la difficulté de son imprégnation par les matières colorantes; mais ce sont là justement des caractères qui, joints à ses modes de culture et aux résultats de son inoculation aux animaux, lui donnent une place à part en bactériologie.

M. Cornil, à la fin de sa communication, exprime l'espoir que la connaissance de ce bacille contribuera aux progrès des recherches relatives au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement de l'influenza. La bactériologie, jusqu'à présent, n'a fait que confirmer les données de la clinique, à savoir que la grippe est moins grave par elle-même que par les complications auxquelles elle prédispose. Quel est, dans la genèse de ces complications ou dans le développement et l'association des micro-organismes qui y donnent lieu, le rôle du nouveau bacille? C'est là, entre beaucoup d'autres, un point important à résoudre et qui mérite de fixer l'attention des bactériologistes.

—En 1861, Chailly-Honoré écrivait, dans son traité d'accouchements : « L'opération césarienne est une des plus graves qu'on puisse pratiquer sur la femme vivante. Les cinq sixièmes au moins des femmes sur lesquelles elle a été pratiquée, ont succombé et, *à Paris, pas une n'a survécu depuis un demi-siècle.* » L'antisepsie a grandement modifié le pronostic de cette opération, si bien que, en présentant mardi dernier à l'Académie, une femme chez laquelle il l'a pratiquée avec succès, M. Guéniot a en en vue, non ce succès opératoire en lui-même, mais les conséquences qu'il a eues, c'est-à-dire la guérison de l'ostéomalacie dont la femme était antérieurement atteinte. Notre collègue a voulu montrer que, contrairement aux idées et à la pratique qui ont cours en Allemagne, la castration n'est pas nécessaire à la guérison de l'ostéomalacie; chez son opérée, en effet, il a respecté les ovaires et les trompes, et la consolidation des os ne s'en est pas moins faite au bout de six à huit semaines.

— Depuis longtemps déjà, M. Colin (d'Alfort) n'assiste plus aux séances de l'Académie, mais il en suit avec soin les travaux et, de loin comme de près, il cède volontiers à sa tendance pour la critique et la contradiction. C'est ainsi que, dans une note que M. Leblanc a lue en son nom, il conteste les conclusions de M. Bérenger-Féraud relatives à la fréquence du tænia inerme en France. Suivant lui, il n'est nullement prouvé que le tænia armé soit plus rare aujourd'hui qu'autrefois, et soit remplacé par le tænia inerme. Il n'est pas davantage démontré que le tænia inerme provienne du cysticerque du bœuf; encore moins, que la ladrerie bovine est plus fréquente dans certains pays que dans le nôtre. M. Colin a constaté expérimentalement que le tænia inerme est transmissible au veau, non au bœuf; il en conclut qu'il se transmet à l'homme par la viande du veau, non par celle du bœuf.

M. Bérenger-Férand, appuyé par MM. Leblanc et Nocard, a défendu et maintenu ses conclusions. M. Nocard explique tout naturellement la diminution de la laderie du porc par les modifications apportées dans l'élevage de ces animaux. Au lieu de les laisser vagabonder et manger des ordures contenant les germes de la ladrerie, on les nourrit à l'étable, et ils ne mangent que ce qu'on leur donne.

C'est sous l'influence d'une cause analogue que la tuberculose, autrefois si commune dans les vacheries de Paris, en a aujourd'hui complètement disparu. Au lieu du long séjour qu'elles faisaient dans les étables, les vaches n'y restent maintenant que tant que l'abondance de leur lait permet de couvrir les frais de leur nourriture. Dès que la balance ne se fait plus, on ne les laisse pas pâtir, on n'attend pas qu'elles dépérissent, on les livre à la boucherie. Il ne peut ainsi se créer

ni s'entretenir de foyer tuberculeux. Aussi la tuberculose bovine est plus rare dans les vacheries de Paris que dans n'importe quelle étable en France.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

La Société médico-chirurgicale de Paris (ancienne société médico-pratique). Il existe à Paris deux Sociétés médicales qui ont prêté souvent à la confusion : ce sont la *Société médico-pratique* et la *Société de médecine pratique*. La première, la plus ancienne, avait le nom le plus incorrect. Elle vient de le changer et de le remplacer par celui de « Société médico-chirurgicale ». Ce nom est parfaitement justifié par l'ordre habituel des travaux de la Société qui comprend parmi ses membres un nombre respectable de chirurgiens des hôpitaux. C'est une des sociétés médicales de Paris les plus nombreuses, les plus actives et les plus prospères.

La subvention municipale à l'enseignement clinique des hôpitaux. — En faisant connaître, dans un précédent numéro, la subvention de 50.000 fr. votée par le Conseil municipal de Paris en faveur de l'enseignement clinique libre des hôpitaux, nous n'avons pu nous empêcher de trouver que c'était bien peu après le grand bruit qui s'était fait autour de la question. Quoi qu'il en soit on devait être reconnaissant au Conseil municipal de Paris de cette marque d'intérêt. Mais ce sera bien moins encore, car la délibération du Conseil n'a pas été ratifiée en haut lieu et l'inscription de la subvention a été ajournée par suite d'un commun accord entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de l'Instruction publique. D'après l'interprétation faite par le Gouvernement de la loi du 12 juillet 1875, les communes n'auraient pas, au même titre que les individus ou les associations privées, la faculté de fonder des établissements d'enseignement supérieur.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1891.

Prix Barbier. — Sur le montant du prix, il est accordé, à titre d'encouragement : 1° 500 fr. à M. le docteur Villemin pour un projecteur électrique ; 2° 500 fr. à M. le Dr Bonnier pour une pile pour galvanocaustie.

La somme de 1,000 fr., reliquat du prix, a été attribuée à la Bibliothèque de la Faculté.

Prix Chateauvillard. — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 800 fr. à M. le Dr Gasser pour son travail intitulé : *Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*; 2° 700 à M. le Dr Marcel Baudonin (de Paris) pour son travail sur l'*Hystéropexie abdominale antérieure*; 3° 500 fr. à M. le Dr Springer (de Paris) pour son *Etude sur la croissance et son rôle en pathologie.*

Prix Corvisart. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Montyon. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Jeunesse (Hygiène). — Le prix est décerné à M. le Dr E. Mosny pour son *Etude sur la broncho-pneumonie.*

Prix Jeunesse (Histologie). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 375 fr. à MM. les Drs Blocq et Londe (de Paris) pour leur atlas : *Anatomie pathologique de la moelle épinière*; 2° 375 fr. à M. le Dr Morau (de Paris) pour son mémoire sur *Les transformations épithéliales.*

Une mention très honorable est décernée à M. le Dr Wallich pour son travail intitulé : *Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux.*

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1891.

Médailles d'argent. — MM. Boulay, Courtois-Suffit, Dupré, Lefebvre, Leguen, Poulalion, Prouvost, Regnauld, Thiery.

Médailles de bronze. — MM. Arnould, Bonffe, Cartier, Chevalier, Dutil, Ehrhardt, Gastel, Heret, Le Noir, Luzet, Mariage, Moisson, Mosny, Ramadan, Roubinowitch, Sebilotte, Sollier, Souques, Wallich.

Mentions honorables. — MM. Angiband, Aymar, Bellanger, Benoit, Melle Bernstein-Kohan, MM. Bonchinet, Boutard, Celot, Canniot, Couder, Daléas, Diamantberger, Durand, Fouré, Glorie, Isch-Wall, Marquézy, Mathis, Marinescu, Peillon, Pinean, Szezypiorski, Thibaudet, Tuilant, Wirbel.

École de médecine d'Amiens. — Par arrêté en date du 2 février, le concours qui devait s'ouvrir le 20 juillet pour l'emploi de Chef des travaux physiques et chimiques est reporté au 20 août suivant.

Assistance à domicile. — M. le docteur Gager a légué, au Bureau de Bienfaisance du IXe arrondissement, une somme de 30.000 francs pour faciliter aux vieillards et infirmes de l'arrondissement l'accès des hospices et maisons de retraite. Notre exellent confrère a, de plus, légué, à l'association Orfila, une somme de 20.000 francs.

Concours d'agrégation en chirurgie. — Le jury du concours d'agrégation en chirurgie, qui va s'ouvrir sous peu à la Faculté, se compose de MM. Guyon, Le Dentu, Panas, Lannelongue (Paris), Fochié (Lyon), Chalot (Toulouse), Ténedat (Montpellier), Dubar (Lille).

Cours municipal de Pisciculture. — M. Jousset de Bellesme, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, commencera ce cours le vendredi 12 février 1892 à 2 heures à la mairie du Ier arrondissement (Saint-Germain l'Auxerrois) et le continuera les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

Objet du Cours : Poissons d'eau douce de la France, mœurs, instincts, fonctions, hygiène et maladies; reproduction et culture du poisson; procédés pratiques de pisciculture; fécondation artificielle; appareils; repeuplement des cours d'eau et étangs; pêche fluviale; législation; usages alimentaires et industriels; approvisionnement du marché de Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 31 JANVIER AU 6 FÉVRIER 1892

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 35. — Grippe, 58. — Phtisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë et chronique, 139. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 190. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 37. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 49. — Suicides et autres morts violentes, 21. — Autres causes de mort, 208. — Causes inconnues, 6. — Total 1199.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE MÉDICALE

CLINIQUE DE L'HOPITAL BICHAT. — M. LE Dr HUCHARD

LA PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE

Leçon recueillie par M. R. FAURE-MILLER, *interne du service.*

Je désire vous arrêter quelques instants auprès d'une malade couchée au lit n° 7, salle Louis. Cette femme présente une affection que l'on méconnaît trop souvent, surtout dans sa forme atténuée.

Elle nous est arrivée le 29 novembre dernier (nous sommes actuellement au 10 décembre) avec de l'oppression et une toux quinteuse, sèche, très fréquente. A l'examen du soir, on a constaté un épanchement pleural du côté gauche, du reste peu abondant. Dans les changements de position, dans le passage du décubitus dorsal à la position verticale surtout, la toux se réveille ou augmente de fréquence.

La constatation de ce petit fait n'est pas sans importance, comme vous allez le voir.

Dans les pleurésies pariétales, la toux existe certainement; mais vous savez que c'est là un symptôme fort peu concordant avec l'abondance du liquide ; la fréquence, la ténacité et l'intensité de ce signe ne constituent point une preuve en faveur de l'abondance de l'épanchement pleural ; le contraire arrive le plus souvent. Et ce phénomène n'est point malaisé à saisir. Votre malade étant couché, le liquide reste dans les parties déclives, et la plèvre, à ce niveau, s'accoutume à sa présence ; alors la toux s'apaise ; mais elle se reproduit sous l'influence du moindre mouvement ; dans ces circonstances, le niveau du liquide change brusquement ; il vient irriter une partie de la plèvre qu'il ne touchait pas encore, et les filets nerveux impressionnés transmettent cette irritation aux centres nerveux, d'où la toux brusque, accentuée, pénible. Si, à cette irritation nerveuse, se joint un phénomène purement mécanique, c'est-à-dire la nappe fluide venant, dans un changement de position, comprimer la voûte diaphragmatique, vous aurez l'explication naturelle de ce symptôme. J'irai même plus loin, et vous dirai qu'en règle générale, ces toux fréquentes, quinteuses, spasmodiques, paroxystiques presque, sont l'indice d'un épanchement plutôt modéré. Et si vous avez l'occasion de suivre un cas analogue, et que l'épanchement s'accroisse, observez bien les caractères de la toux ; peu à peu elle s'amoindrira, et cette manifestation ne vous indiquera bientôt plus rien sur l'importance de l'épanchement ; vous en trouverez de deux à trois litres, sans toux ni dyspnée.

Examinez notre malade : la percussion vous montrera qu'il y a peu de liquide dans son thorax ; ordonnez-lui de s'asseoir brusquement, de changer de position dans son lit, elle se mettra immédiatement à tousser pour les raisons que je vous

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 8. — *Sourds-muets et aveugles.*

M. Claveau, inspecteur général honoraire des établissements de bienfaisance, dont la compétence en ce qui concerne l'enseignement des sourds-muets est très grande, écrit ceci dans le Dictionnaire de pédagogie publié par M. Buisson. « L'honneur d'avoir créé cet enseignement (des sourds-muets) appartient incontestablement au bénédictin espagnol, don Pedro Ponce de Léon, et, chose remarquable, les efforts de ce maître furent dirigés dans la voie où l'on devait, ce semble, redouter de rencontrer les obstacles les plus graves, l'enseignement de la parole ».

C'est dans le couvent des Bénédictins de San Salvador de Ana (Burgos) que Ponce de Léon (1520-1584), né à Valladolid, fit la connaissance de deux jeunes sourds-muets, les prit en pitié et leur apprit à prononcer les mots écrits en caractères placés à côté des objets que ces mots désignaient. Il eut d'autres élèves, qui, suivant un écrit de Ponce de Léon trouvé dans les archives du couvent : « conversaient, écrivaient, parlaient le latin, le grec et l'italien et raisonnaient fort bien sur la physique et l'astronomie ».

C'est la méthode orale appliquée en France à la fin du siècle dernier, par un juif espagnol chassé de son pays, Jacob Rodrigues Péreire, mais longtemps négligée pour la méthode des signes de l'abbé de l'Epée, que l'on applique maintenant en Espagne.

Il s'est créé, à la suite de divers décrets, et entre autres de celui qui prescrivait un établissement pour les sourds-muets dans chaque district universitaire, un certain nombre d'écoles de sourds-muets, qui donnent aussi asile aux aveugles, chez lesquels les méthodes les plus récentes, méthode Braille, etc., sont appliquées. Ces deux espèces de déshérités sont dans les mêmes institutions, lesquelles ont une direction unique.

J'ai eu l'occasion de les étudier à Séville et à Barcelone, et je vais en dire un mot.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, 2, 5 et 6, 1892.

ai indiquées, et les quintes se suivront si nous insistons sur ces manœuvres.

Après vous avoir démontré que l'épanchement est très modéré, il me reste à vous prouver qu'il s'agit d'une pleurésie diaphragmatique.

Voici d'abord un signe important. Menez une ligne horizontale le long du bord inférieur de la dixième côte, à gauche dans notre cas, puisque la pleurésie siège à gauche, et une ligne verticale sur le bord externe du sternum, du même côté, à un ou deux centimètres environ de ce bord; au point d'intersection de ces deux lignes, la pression provoquera une douleur vive, parfois très intense. C'est là ce que M. Gueneau de Mussy a si bien désigné sous le nom de *bouton diaphragmatique*.

La constatation de ce bouton diaphragmatique nous permet de penser à deux choses : ou bien à la névralgie phrénique, ou bien à la pleurésie du diaphragme. Bien rarement la première idée pourra trouver confirmation ; la névralgie phrénique est rare. Elle peut exister par exception chez des hystériques, chez des anémiques, chez des porteurs d'affections aortiques, etc.

Dans le cas particulier, l'existence d'un faible épanchement pleural plaide en faveur de la pleurésie diaphragmatique.

Notre malade n'est pas atteinte d'une pleurésie diaphragmatique à grand fracas; cette forme existe et ses symptômes sont ceux que nous avons signalés déjà ou que nous allons étudier ensemble, mais fort exagérés. Disons, si vous le voulez bien, que nous retrouverons alors quelques-uns des signes de la pleurésie franche ordinaire : frissons violents et répétés, fièvre assez élevée, point de côté, etc... Cette localisation pleurétique peut être moins grave ; elle est alors atténuée ; il y a peu ou presque point de fièvre, et les symptômes sont beaucoup moins nets que dans la forme précédente. C'est précisément cette dernière forme que nous rencontrons chez notre malade d'aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, le point de côté, quand il existe, présente des caractères particuliers qu'il est bon de vous signaler. Dans la pleurésie ordinaire, le point de côté est situé sous la ligne mamelonnaire ; dans la pleurésie diaphragmatique, il a changé de place ; il est plus bas et plus en dedans, précisément en ce point mathématique que nous avons défini tout à l'heure. De ce point partent des irradiations qui vont vers l'épigastre (*point épigastrique*), qui s'accentuent au niveau des insertions du diaphragme en suivant le pourtour des côtes, sous forme de demi-ceinture douloureuse et qui s'accusent principalement en arrière, tout à fait contre le rachis, dans le dernier espace intercostal. Cette dernière localisation constitue un point douloureux auquel je donne par opposition à l'antérieur le nom de *bouton diaphragmatique dorsal ou postérieur*.

Nous possédons actuellement quatre bons symptômes de cette maladie : ce sont des douleurs « diaphragmatiques » à proprement parler, *bouton diaphragmatique antérieur ; point épigastrique ; demi-ceinture douloureuse* sur tout le parcours des dernières côtes, sur le trajet des attaches costales du diaphragme; *bouton diaphragmatique dorsal*, au niveau du dernier espace intercostal, tout près de la colonne vertébrale. Les deux boutons diaphragmatiques, vous le voyez, sont reliés l'un à l'autre par une zone douloureuse constituée à la fois par les attaches du diaphragme et les filets intercostaux hyperesthésiés.

Cette hyperesthésie des filets, en connexion avec le diaphragme, peut s'étendre plus bas jusque dans les flancs. Il faut en tenir compte dans notre examen, mais il ne faut pas la confondre avec un autre phénomène qui n'existe que dans la pleurésie diaphragmatique et qui acquiert ainsi une grande importance.

Si l'on exerce avec la main appliquée sur l'abdomen, une pression de bas en haut, de façon à refouler les intestins contre le diaphragme, on provoque de la sorte une douleur plus ou moins intense qui peut être accompagnée ou suivie de lipothymie ou même de syncope par suite de la réaction douloureuse. Mais il faut prendre garde de confondre cette douleur, provoquée par le refoulement du diaphragme, avec celle qui résulterait, par la même manœuvre, de l'hyperesthésie consécutive, dans un des flancs, à une pleurésie tout à fait normale.

Cette hyperesthésie le long des nerfs en rapport avec le diaphragme, nerfs abdominaux, etc... sera, naturellement, encore plus accentuée le long du nerf phrénique lui-même. Suivons ce trajet sur notre malade, et remontons sur le bord externe du sternum en exerçant avec les doigts une pression sur le passage du nerf; vous le voyez, nous déterminons

---

J'ignore quel est le nombre d'aveugles et de sourds-muets qui existent en Espagne. Mais la dernière statistique d'instruction primaire de 1885, que j'ai sous les yeux, donne les chiffres suivants; en ce qui concerne les écoles :

Sourds-muets : 1° de naissance en 1880, 356 ; en 1885, 252 ;

2° Par accidents ou infirmités, en 1880, 140; en 1885, 91.

Quant aux aveugles ils donnent les chiffres suivants :

1° De naissance, 109, en 1880 ; en 1885, 87;

2° Par accidents ou infirmités, 195 en 1880 ; 113 en 1885. Il y a, comme on le voit, une diminution d'une statistique à l'autre, la plus récente.

L'école des sourds-muets et aveugles de Séville est bien située, bien aménagée ; quoique fondée en 1873, elle n'est définitivement installée que depuis janvier 1887.

Les pensionnaires paient 150 francs par an, les externes 10 francs par mois ; mais on reçoit aussi des enfants pensionnés par la Députation de Séville, ou d'autres Députations faisant partie du district universitaire.

L'enseignement des sourds-muets comprend tout ce que l'on enseigne en France, dans une école primaire forte; de plus, on leur enseigne le dessin sous différentes formes, académique, linéaire, ornemental, à la plume; on en fait des imprimeurs, des coiffeurs, des cordonniers.

Les aveugles reçoivent les mêmes notions d'enseignement primaire, plus la lecture du latin et de l'italien et des leçons de musique, solfège, chant, piano, orgue, harmonium, instruments à corde (guitare, mandoline). Ces instruments sont enseignés au plus grand nombre des élèves, leur usage joint au chant constituant le gagne-pain de ces pauvres diables.

Les filles sont reçues dans l'établissement de Séville; à celles qui sont aveugles comme aux sourdes-muettes on donne le même enseignement qu'aux garçons, en appuyant un peu plus sur les ouvrages de main chez les unes et les autres, et sur l'enseignement du piano chez les aveugles. Le jour de ma visite (8 mai 1891), l'asile comptait 20 sourds-muets internes et 3 externes, 48 aveugles internes et 22 externes, en tout 93 élèves.

L'école de sourds-muets et aveugles de Barcelone, actuellement dirigée par M. Valls y Ronquillo, directeur du *Monitor de la Enseñanza*, a eu pour directeur au début (décembre 1816), un homme d'une grande abnégation, d'Estrada, qui s'était adjoint, pour

une douleur. Plus haut, entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien, vous produirez une douleur « *cervicale* » et, ensuite, poursuivant votre exploration, une douleur *sus-claviculaire*, une douleur *sus-scapulaire*, une douleur au moignon de l'épaule; et même sur les nerfs du plexus brachial, qui va irradier dans le bras en suivant principalement le cervico-brachial et le biceps. Retenez ce dernier point, car l'irridiation aux nerfs brachiaux a pu, dans certains cas, faire songer, à tort, à une angine de poitrine.

Je vous signalerai enfin, comme symptômes secondaires, mais cependant utiles pour éclairer ou confirmer le diagnostic, un *abaissement de la dernière côte* correspondant au côté malade: vous comprenez que le liquide refoule en bas le diaphragme et par suite la côte sur laquelle il insère; une immobilisation de l'hypochondre, du même côté, un effacement de l'ensellure du flanc. Vous trouverez tous ces symptômes fort bien décrits dans les cliniques de Gueneau de Mussy; je n'y insisterai pas davantage.

Je vous ai dit que la pleurésie diaphragmatique s'établissait de deux façons: dans la première, le malade est pris de frissons, de fièvre; il souffre beaucoup et l'on arrive sans trop de difficulté à la recherche du mal. Dans la seconde, le début est latent, en ce *sens* que rien ne vient affirmer catégoriquement l'existence de l'affection. C'est ce dernier début qui est le plus fréquent et c'est lui qui induit le plus souvent en erreur. Le malade ne souffre pas beaucoup d'une façon spontanée, et si, ce qui arrive dans quelques circonstances, la pleurésie est d'origine rhumatismale, s'il existe en même temps des douleurs de cette nature dans le moignon de l'épaule, etc., etc., on peut très bien commettre une erreur et attribuer à un rhumatisme de l'épaule des douleurs qui résultent en réalité d'une propagation, le long des filets nerveux, de l'inflammation pleurale diaphragmatique; ou bien l'on peut croire à tort à la nature rhumatismale de cette pleurésie; j'ai vu l'erreur commise plusieurs fois.

Quand elle est intense, la douleur peut déterminer une *pseudo-paralysie* du diaphragme. D'autre part, le processus inflammatoire produit en certains cas une véritable paralysie de ce muscle. De ces troubles divers il résulte parfois ce symptôme que la respiration, diaphragmatique chez l'homme, devient costale. Mais cette distinction n'est pas toujours facile à saisir chez la femme où la respiration est à type costal normalement; il ne manifeste alors qu'une simple exagération de la révolution physiologique. Il se peut faire que tout un côté soit paralysé, ou que les deux le soient simultanément, en sorte que l'on aura une paralysie bilatérale ou unilatérale, suivant les cas.

Parfois, en conséquence de la douleur, le malade immobilise instinctivement tout un côté du thorax; c'est là ce qui constitue la pseudo-paralysie du diaphragme qu'il ne faut pas confondre avec les paralysies réelles, véritables, qui se produisent dans la pleurésie diaphragmatique, en vertu de la loi de Stokes. « Tout muscle sous-jacent à une muqueuse, et surtout à une séreuse enflammée, se paralyse. » C'est ainsi que, dans la péricardite, vous observerez parfois un état parétique du myocarde; que dans la péritonite, il se produira de la tympanite par atonie intestinale; que dans la pleurésie diaphragmatique, le muscle sous-jacent devient inerte.

Que se passera-t-il alors? Vous savez qu'à l'état normal, au moment de l'inspiration, on observe toujours une expansion abdominale, et durant l'expiration, une rétraction abdominale; l'inverse se produit dans la paralysie diaphragmatique; pendant l'inspiration le diaphragme remonte, attirant à lui les viscères abdominaux qui sont au contraire refoulés au dehors pendant l'expiration; je vous ai déjà parlé de ~~ce système respiratoire, c'est le type renversé de Duchenne (de Boulogne)~~; il se produit une inspiration, un avalement du diaphragme pendant l'inspiration. Nous ne constatons pas ce phénomène sur notre malade; il existe d'ailleurs rarement. C'est que la paralysie diaphragmatique complète a été admise un peu théoriquement. On ne voit guère ce symptôme que dans la pleurésie diapragmatique purulente.

L'évolution de la maladie varie selon les cas; tantôt, la pleurésie se localise nettement sur la plèvre diaphragmatique d'un côté; elle peut rester sèche et alors ne se trahir par aucun signe stéthoscopique, par aucun symptôme bruyant. Il n'y a que les douleurs localisées, que les points dont nous avons parlé, qui puissent la faire découvrir. Parfois, mais assez rarement, on trouve un peu de matité, un peu de résistance au doigt dans la gouttière costo-diaphragmatique. Si avec les points douloureux il apparaît un léger mouvement fébrile, nous avons assez de raisons pour écarter la névralgie phrénique simple.

---

les filles sourdes-muettes, un collaborateur dévoué, Simon; l'établissement d'abord prospéra, puis il se mit à décliner, et en 1845, il ne comptait que 12 garçons et 6 filles; on le transporta en 1855 à l'école des aveugles, et à partir de ce moment les deux institutions eurent le même directeur.

L'école est un externat, ce qui est un inconvénient pour les aveugles qui ont besoin de faire quatre fois par jour le trajet de l'école, ou de trouver asile chez des amis aux heures des repas; pour les sourds-muets que le contact trop fréquent avec les parents et le séjour trop court à l'école, exposent à perdre l'habitude du langage oral; cet inconvénient est d'autant plus grand que les habitants de Barcelone parlent le catalan, et que c'est l'espagnol qu'on enseigne oralement à l'école.

L'école reçoit des élèves gratuitement, c'est l'ayuntamiento qui entretient l'école; on y admet même des enfants qui ne sont ni absolument sourds, ni tout à fait aveugles, ils participent aux exercices des autres; l'âge de l'admission est entre 5 et 25 ans, la durée des études est de dix ans.

Les élèves des autres provinces qui n'ont pas les moyens d'être nourris par des amis ou des parents, sont hébergés par la Maison de charité, qui en a 8 à 10 d'une façon permanente.

L'enseignement pédagogique ou professionnel (musical chez les aveugles) est le même qu'à l'école de Séville et probablement qu'aux écoles de Madrid, Santiago, Burgos et Saragosse, qui sont les seules existantes en Espagne.

Parmi les élèves de Barcelone, je dois mentionner Inocencio Juncar, sourd-muet de naissance, âgé de 30 ans, qui, atteint d'une maladie d'yeux à l'âge de 5 ans, devint aveugle à ce moment. Une autre maladie ébranla ce pauvre corps et attaqua même son intelligence, et il fallut tout le zèle, je pourrais dire toute la passion, de M. Valls y Ronquillo, directeur de cette école, pour ressusciter cette intelligence engourdie.

Il a la physionomie vive, gaie, il recherche la société de ses camarades et aide les paresseux dans leurs réponses. Si on veut l'attaquer il désarme son adversaire par un sourire, mais il sait aussi se défendre et imposer la déférence. Il a un tact si développé qu'il lui suffit de toucher une partie du corps ou des vêtements d'une personne pour la reconnaître un an après et se souvenir de son nom.

La pleurésie peut ne point rester localisée ; la plèvre pariétale s'enflamme à son tour et l'on voit se développer une pleurésie ordinaire avec épanchement plus ou moins abondant.

Ou bien encore, c'est l'inverse. Au cours d'une pleurésie sèche pariétale, certains phénomènes se produisent qui attirent l'attention ; l'on détermine la douleur au niveau des boutons dorsal et antérieur ; il y a en propagation du processus inflammatoire à la plèvre diaphragmatique.

Par elle-même, la pleurésie diaphragmatique ne renferme pas grand intérêt ; elle est si rarement grave que le pronostic importe guère ; mais la pathogénie de cette affection doit appeler notre attention. C'est ainsi que lorsque l'on se trouve en face d'une pleurésie diaphragmatique latente, sans cause bien nette, il faut penser à la bacillose dont elle est souvent symptomatique, ainsi d'ailleurs que les autres pleurésies ; comme celles-ci encore, elle crée un *locus minoris resistantiæ* sur lequel peut plus tard évoluer la tuberculose. Dans ce cas elle est normalement unilatérale ; au contraire, quand elle est secondaire à une atteinte rhumatismale, elle est parfois double ; elle a pu quelquefois amener la mort (Andral). Disons un mot de la pleurésie diaphragmatique primitive, *à frigore* ; cette étiologie n'est généralement pas admise ; vous savez en effet que l'on tend de plus en plus à considérer les affections des séreuses comme toujours secondaires et non point primitives.

Dans les maladies du cœur, il se produit fréquemment des infarctus pulmonaires et ceux-ci tendent à se localiser à la périphérie du poumon ; ils déterminent alors une inflammations pleurale plus ou moins étendue, qui peut siéger sur la plèvre diaphragmatique ; nous en avons vu un exemple encore tout récemment.

La néphrite interstitielle est également une cause indirecte de ce genre de pleurésie, à cause des infarctus qu'elle engendre ; vous avez pu constater un fait de ce genre sur le n° 5 de la salle Louis.

Enfin une pleurésie diaphragmatique diagnostiquée vous fera encore vous demander si vous n'avez pas une lésion du foie ayant déterminé de la périhépatite, puis de la pleurite ; pensez-y afin d'éviter de graves erreurs. Ce sont les cirrhoses et la lithiase biliaire qui sont le plus communément à incriminer dans ces cas.

Voici les maladies avec lesquelles vous pourrez confondre la pleurésie diaphragmatique, surtout quand les symptômes n'en sont pas absolument nets : pleurodynie, névralgie intercostale, névralgie diaphragmatique, péritonite localisée, pleurésie simple, péricardite, point douloureux du foie cardiaque quand elle siège à droite. Voyons sur quels phénomènes vous vous baserez pour éclairer votre diagnostic.

La *pleurodynie* ne vous arrêtera pas longtemps ; la douleur est en plaque et non localisée en des points douloureux fixes reliés entre eux par le trajet sensible des nerfs hyperesthésiés.

La névralgie intercostale possède des points douloureux ; mais la douleur présente le caractère névralgique, avec paroxysmes en dehors de la toux et des mouvements ; les points névralgiques ne sont point les mêmes ; il n'y a pas d'irradiations le long du nerf phrénique.

La névralgie diaphragmatique nous arrêtera un peu plus longtemps ; je crois, en effet, qu'on lui a fait jouer un rôle plus important qu'elle ne le mérite, et que bien des cas diagnostiqués sous ce nom doivent être rapportés en réalité à la pleurésie diaphragmatique. Elle existe cependant et vous la rencontrerez quelquefois dans les affections de l'aorte. Son mode de début n'est pas le même ; il est loin d'être aussi rapide ; il n'y a ni frisson, ni fièvre, ni épanchement. Malgré ces quelques signes différentiels, l'erreur est parfois commise, et je dois vous dire que la plupart des cas de névralgie diaphragmatique ne représentent qu'une complication de la pleurésie du même nom ; et alors il est bien difficile de faire la part de l'une et de l'autre.

Le début de la *pleurésie simple ordinaire* est plus net, plus franc. Vous percevez des signes d'auscultation. Le point de côté est situé plus bas et plus en dehors que dans la pleurésie diaphragmatique ; dans la pleurésie costo-diaphragmatique, on le trouve en effet très souvent dans le flanc, tandis qu'il est épigastrique dans la pleurésie diaphragmatique, ou tout au moins constitue un bouton diaphragmatique antérieur.

Il existe, dans la *péricardite,* un point de côté antérieur que vous devrez distinguer de celui de la pleurésie diaphragmatique. Où siége-t-il ? C'est là un point important pour le diagnostic. Vous le trouverez dans l'espace costo-xiphoïdien, entre le mamelon et l'appendice xiphoïde. De plus, on constate l'existence de frottements péricardiques. Mais si la péricar-

---

Son éducation a été relativement facile. Il connut d'abord par le toucher les objets les plus usuels ; en même temps, il apprenait l'alphabet des signes des sourds-muets ; l'alphabet en relief des aveugles et connut ainsi tout ce qu'il touchait ; actuellement il connaît certains préceptes et actes religieux, certains points d'histoire Sainte, il sait les règles de la propreté du corps, des particularités sur l'hygiène des individus et des maisons, sur l'exercice, sur les diverses postures du corps, il a quelques notions très suffisantes de cosmographie, d'histoire naturelle, de géographie, d'arithmétique et de géométrie.

Il y a quelques années, en 1873, à l'occasion de l'exportation de Vienne, le directeur de l'école des sourds-muets et aveugles de Madrid revenait avec un autre sourd-muet aveugle nommé Martin de Mar-Martin. Il y eut à Barcelone même une rencontre de cet infortuné avec Inocencio, et tous ceux qui ont assisté à leur entretien ont été émus de l'émotion même de ces deux interlocuteurs. A peine se furent-ils touchés qu'ils se rendirent compte de leur misère commune ; il se communiquèrent toutes les connaissances qu'ils possédaient, leurs désirs, leurs aspirations, se dirent la reconnaissance qu'ils ressentaient pour leurs maîtres respectifs, ne s'occupant que d'eux-mêmes et traitant d'importun un simple sourd-muet qui voulait se mêler à leur silencieuse conversation.

Cette éducation d'Inocencio Juncar fait grand honneur à M. Valls y Ronquillo, l'habile directeur de l'école de Barcelone.

Dans les écoles de sourds-muets et aveugles, on impose, pour l'entrée de chaque élève, aux parents ou tuteurs des réponses à un questionnaire que je n'ai pas à reproduire ici, et qui est à peu près le même que j'ai vu mis en pratique dans la belle institution des sourdes-muettes de Bordeaux que dirige avec tant d'habileté M. Cavé-Ergaris. Les faits de consanguinité, d'hérédité, de perturbations morales, les mauvaises conditions hygiéniques, l'alimentation vicieuse, les otorrhées, la diathèse scrofuleuse, la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives et cérébrale, figurent au nombre des causes qui ont engendré la surdi-mutité. Pour les aveugles, l'hérédité et les maladies d'yeux négligées sont les grands facteurs de la redoutable infirmité. L'Espagne, qui a longtemps été rebelle à la vaccine, malgré les efforts que j'aurai à signaler au cours de ce travail, a compté autrefois beaucoup d'aveugles à la suite de variole. Cette génération disparaît.

Sur 100 aveugles autrefois en Europe on en comptait 35 par variole.

dite compliqué la pleurésie diaphragmatique, le diagnostic de cette dernière devient très difficile.

Vous savez que le *foie cardiaque* est douloureux, et sensible en un point, à la pression. En même temps peut exister un épanchement pleural; le diagnostic n'est alors pas facile; mais si l'épanchement ne s'est pas produit, vous saurez différencier ce point du foie cardiaque de celui de la pleurésie diaphragmatique, parce que c'est une plaque douloureuse et non une douleur fixe en un point déterminé mathématiquement par l'intersection des deux lignes que je vous ai indiquées. Vous ne déterminerez pas de point dorsal ni de sensibilité le long du phrénique ou des nerfs intercostaux. Ajoutons, en passant, que dans les cardiopathies artérielles, l'on voit souvent des pleurésies siégeant surtout à droite; et j'ai signalé à plusieurs reprises, dans ces dernières années, le caractère hémorrhagique assez fréquent de ces épanchements. Quant aux *périhépatites* réagissant par propagation sur le diaphragme et sa plèvre, les commémoratifs et le mode de début vous éclaireront suffisamment.

Vous savez maintenant ce qu'est la pleurésie diaphragmatique; mais ne croyez pas qu'on ait toujours attribué ses symptômes à l'inflammation de la plèvre.

Aussi est-il intéressant de revenir un peu sur l'historique de cette affection. Les livres hippocratiques la désignent sous le nom de phrénitis, de phrénésie, de paraphrénésie. Les anciens plaçaient le siège de l'âme dans le diaphragme; de là les rapports étroits qui, pour eux, existaient entre la méningite et la paraphrénésie. Ils décrivaient, dans cette maladie, du coma, du délire, etc. Tout près même de nous, Grisolle insiste sur les symptômes cérébraux de cette affection; je n'ai pas besoin de vous dire que c'est là une erreur. Boerhaave, le premier, reconnaît le siège réel du mal et dit que la paraphrénésie des anciens est due à l'inflammation du diaphragme. Andral en publie cinq observations sérieuses, dont quatre se terminent par la mort; il en conclut, en conséquence, à la gravité extrême de la maladie. Laënnec, au contraire, fait ressortir, et à juste titre, le peu de gravité de l'affection. Enfin, nous avons dans Guéneau de Mussy, le véritable historien de la pleurésie diaphragmatique; il a publié, en 1853, dans les Annales de Médecine, un travail remarquable sur ce sujet, travail des plus complets et auquel on n'a rien ajouté depuis. Vous lirez cependant avec fruit la thèse d'Hermil.

On voit donc que cette affection a été considérée sous trois aspects différents: les anciens attribuant à la phrénésie ou paraphrénésie les symptômes de la méningite; Andral, regardant l'affection comme extrêmement grave; enfin Guéneau de Mussy, envisageant la question dans sa vérité, et rendant à la pleurésie diaphragmatique son caractère d'affection peu sérieuse.

Il y a peu de chose à vous dire sur le *traitement*. Ce sont la toux, la dyspnée et la douleur qui constituent les principales indications; vous obtiendrez l'effet cherché à l'aide du vésicatoire morphiné ou encore au moyen des injections sous-cutanées de morphine.

Aujourd'hui, même en Espagne, cette proportion a diminué. Si les précautions antiseptiques en obstétrique se répandaient dans ce pays, si l'exemple de M. Tarnier, de M. Pinard et de tant d'autres accoucheurs éminents était suivi, on n'aurait plus à déplorer un nombre aussi considérable d'ophtalmies purulentes, et si ces maladies mêmes étaient soignées énergiquement dès le début, elles ne seraient pas cause de tant de cécités. En France la Société Valentin Hauy fait de louables efforts dans ce sens. Il appartient aux associations de bienfaisance d'Espagne, aux Facultés de médecine qui comptent tant de professeurs éminents de repandre, dans le public et dans les écoles(1), de saines notions d'hygiène et d'armer le futur médecin pour le combat contre l'erreur, et pour amener la disparition d'un fléau « évitable ».

(1) Guide hygiénique et médical de l'instituteur par MM. les Dr Delvaille et Brecq. La traduction espagnole avec la collaboration de M. Pimentel, directeur de la revue le Magisterio estremeno, de Badajoz est sous presse.

(*A suivre.*) Dr C. DELVAILLE.

REVUE CRITIQUE

L'ANTISEPSIE INTERNE

Bien que le mot *antisepsie* soit entré dans le langage courant, il s'en faut que ce mot corresponde toujours à un fait matériel et tangible, à une véritable réalité. Si l'on met de côté ce qui concerne la pratique chirurgicale, où les résultats ne sont guère contestables, on voit que, dans le domaine de la thérapeutique médicale, les choses sont loin d'être aussi avancées que pouvaient le faire espérer au début les promesses nées de la théorie. Les nombreux essais d'antisepsie interne ébauchés de différents côtés ont amené autant de déceptions que de succès, et nous sommes encore loin du jour où chaque maladie microbienne possédera son contrevirus et son spécifique. Si l'on fait exception pour quelques affections primitivement locales et superficielles, comme la diphtérie et l'érysipèle, où l'emploi des antiseptiques a la même raison d'être que quand il s'agit d'affections chirurgicales, savoir la possibilité de neutraliser sur place un agent toxique défini, nous voyons que la plupart des tentatives instituées en vue de détruire des virus en circulation sont restées la plupart du temps à peu près stériles. Ainsi pour une nombreuse catégorie de maladies infectieuses, au premier rang desquelles se place la tuberculose, et dans un ordre de faits très voisin, l'empoisonnement typhique, la fièvre jaune, l'impaludisme, etc. En dehors des règles prophylactiques nettement tracées aujourd'hui, nous ne connaissons pas de traitement microbicide, c'est-à-dire véritablement curatif, vis-à-vis de ces différentes maladies. Pour chacune d'elles, nous sommes réduits à l'étude des indications, autrement dit à une sorte de médecine de symptômes qui ne vise guère que les effets immédiats ou éloignés de l'infection, mais ne s'adresse point à la cause elle-même. A ce point de vue, la pathologie médicale présente une infériorité notoire sur la chirurgie, qui a bénéficié la première et presque exclusivement de la profonde rénovation issue d'un ensemble de découvertes à la réalisation desquelles pourtant les médecins ont pris une part extrêmement importante. Aussi peut-on dire que, jusqu'à ce jour, l'antisepsie n'a trouvé sa sanction que dans le rayon de la pathologie externe et dans le domaine opératoire.

Le fait très intéressant que M. A. Robin a rapporté mardi à la tribune académique est une nouvelle preuve, superposable à tant d'autres, de cette impuissance relative de la thérapeutique anti-microbienne à combattre, ou même simplement à prévenir l'infection de l'organisme par certains agents pathogènes. Chez le malade qui en a fourni le sujet, on constate

que l'imprégnation préalable, intensive et prolongée de l'organisme par une préparation mercurielle extrêmement active, comme le sublimé, n'a pu empêcher le développement ultérieur d'une broncho-pneumonie, maladie infectieuse au premier chef dont l'évolution, fort rapide dans le cas particulier, s'est terminée par la mort. Pourtant la malade était encore jeune et bien portante malgré une contamination syphilitique récente, et le traitement hydrargyrique n'avait provoqué chez elle aucun des accidents qui lui sont parfois imputables. *A priori*, on était donc fondé à croire que l'action antiseptique du sublimé trouverait là une occasion de se manifester, la présence de ce composé dans le milieu intérieur, rendue pour ainsi dire permanente par un usage quotidien à doses élevées, devant suffire à rendre l'individu réfractaire à toute infection intercurrente. On ne pouvait même concevoir une expérience mieux faite pour résoudre la question. Or la clinique est loin d'avoir justifié cette conclusion anticipée.

C'est que, suivant la remarque de M. Alb. Robin, il s'agit ici d'une opération bio-chimique très complexe, ayant pour théâtre l'intimité des tissus et les humeurs, et que l'on ne saurait en aucune façon comparer à une expérience de laboratoire. Le physiologiste qui veut conclure de l'expérimentation *in vitro*, de celle dont il peut suivre toutes les phases, aux opérations de la chimie animale, risque fort de commettre une erreur, voire même une erreur funeste, s'il se hasarde à soumettre ses conclusions au contrôle de la pratique. On doit tenir compte ici des modifications probablement très nombreuses, pour la plupart encore inconnues, que subit toute substance médicamenteuse durant son passage à travers les différentes parties du corps humain. Ces modifications s'opèrent un peu partout, en dernier terme dans la cellule vivante, ce petit organite qui résume à lui seul tout l'ensemble des phénomènes vitaux. Nous ne savons guère ce que devient une substance médicamenteuse qui a suivi le cycle de cette élaboration naturelle. Vraisemblablement elle subit des changements moléculaires qui altèrent sa composition et parallèlement suppriment ou modifient ses propriétés. Toujours est-il qu'il faut tenir compte de la transformation subie et se garder de faire fond sur une action thérapeutique reconnue expérimentalement pour en faire la base d'un traitement systématique vis-à-vis de telle ou telle affection microbienne; car, autrement, on s'exposerait à de nombreuses déceptions. L'observation quotidienne est, à cet égard, plein d'enseignements.

Que l'on considère, par exemple, ce qui est advenu avec les nombreuses médications hypodermiques récemment préconisées contre la tuberculose en général, et spécialement contre la phtisie pulmonaire. La plupart ont été abandonnées, même par leurs promoteurs, et pourtant elles avaient pour objectif très légitime et très rationnel d'entraver la germination bacillaire au moyen de substances douées de propriétés parasiticides reconnues, que le sang devait se charger de transporter en nature au niveau des tissus malades. Les essais bien intentionnés accomplis dans ce sens ont procuré de nombreuses déceptions, et aujourd'hui, comme il y a vingt ans, nous devons reconnaître que l'hygiène, l'alimentation, etc., sont encore les meilleurs moyens pour combattre une maladie par elle-même incurable. C'est que l'on n'avait pas assez tenu compte des transformations qui s'accomplissent dans les organismes en activité, des actes accomplis par la cellule vivante, qui représente à elle seule un organisme en miniature. Et on peut affirmer que tout essai thérapeutique devra se guider sur ces conditions spéciales créées par la vie, sous peine de subir le sort précaire qui a été celui de tant de médications. Malheureusement, beaucoup de thérapeutistes semblent ne pas en tenir compte et édifient leurs théories d'après des règles qui semblent empruntées presque exclusivement au domaine du laboratoire.

Pour en revenir au fait de M. Robin, il y a une autre question qui se rattache à l'étude de ce fait. Peut-on croire que, chez la malade qui en a fourni le sujet, l'intervention du mercure, si bien convaincue d'impuissance en tant que moyen prophylactique, a pu jouer par contre le rôle de cause aggravante et hâter l'évolution fatale de la maladie microbienne intercurrente. Ce serait aller un peu loin, et nous nous éloignerons sur ce point des idées exprimées par l'auteur, et confirmées par MM. Laborde et L. Colin. Nous demandons la preuve de cette influence aggravante par la mercurialisation préalable, et nous la cherchons vainement dans les détails de l'observation. M. Robin fait ressortir lui-même le bon état général de sa malade malgré une mercurialisation de quarante jours, jusqu'au jour où se manifestèrent les premiers symptômes de la broncho-pneumonie. Voilà qui ne ressemble guère à un affaiblissement capable de diminuer la résistance physiologique en face d'une invasion microbienne. En réalité, l'usage si répandu des préparations mercurielles ne produit rien de semblable et n'amène guère que des phénomènes d'intoxication superficielle, sans importance, (salivation, éruptions, etc.). Nous ne pouvons donc partager l'opinion de M. Robin et nous croyons également exagérée celle de M. L. Colin, d'après laquelle le fait d'une syphilisation antérieure et récente, qui est corrélatif d'imprégnation mercurielle, pourrait aggraver à lui seul le pronostic de certaines maladies infectieuses comme la grippe, le scorbut, le typhus, etc. Il y a là, selon nous, une exagération, peut-être même une légère erreur d'interprétation. Et il nous paraît préférable de maintenir ici à l'observation de M. Robin la signification plus restreinte, mais aussi fort précise qu'elle comporte, savoir : l'impuissance d'un agent microbicide éprouvé à prévenir l'infection de l'organisme par certains agents pathogènes. Au point de vue de la thérapeutique générale, cette remarque possède déjà par elle-même une très grande importance.

En définitive, il résulte de ces considérations que nous ne possédons pas de médicaments anti-microbiens d'une efficacité démontrée. Et l'on peut dire que l'antisepsie médicale, au sens propre du mot, est encore, à l'heure présente une sorte de chimère scientifique, un rêve dont la réalisation, d'ailleurs infiniment désirable, ne sera vraisemblablement effective que pour la prochaine génération.

P. Muselier.

DÉMOGRAPHIE

LES MALADIES VÉNÉRIENNES A BERLIN. LEUR DÉCROISSANCE PENDANT LES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES.

Suite (1)

En somme, si les différents éléments statistiques invoqués par M. Blaschko ont une valeur discutable quand on les considère isolément, dans leur ensemble ils concourent à donner

(1) Voir le numéro précédent.

les meilleures apparences d'exactitude à la thèse défendue par M. Blaschko : que la fréquence des maladies vénériennes est allée en diminuant à Berlin, depuis une trentaine d'années.

S'il en est réellement ainsi, à quelles causes attribuer ce résultat? La première idée qui vient à l'esprit, c'est d'invoquer les améliorations introduites dans la surveillance médicale de la prostitution qui s'étale en pleine rue, de la prostitution officielle, et c'est aussi ce qu'ont fait ceux qui ont charge de cette surveillance. M. Blaschko considère cette explication comme absolument insuffisante. Il part de ce principe que pour déchiffrer cette question, il faut considérer les prostituées non en tant que *propagateurs*, mais en tant que *récepteurs* des virus vénériens. Or voici sur quels calculs il se fonde, pour arriver à une estimation tant soit peu mathématique du danger que courent les prostituées, de contracter une maladie vénérienne : La statistique apprend qu'en 1889, 50 0/0 des prostituées de Berlin ont été admises en traitement pour une maladie vénérienne. En admettant que les femmes de cette catégorie s'adonnent au coït en moyenne deux fois par jour, ce qui fait environ 500 rapprochements sexuels par sujet et par an, on arrive ainsi au chiffre de 50.000 cohabitations pour 100 prostituées, ayant donné lieu à 50 contaminations. C'est-à dire que sur 1,000 coïts, un seul en moyenne aurait entraîné la contamination, chez les prostituées de la catégorie susdite, placées sous la surveillance de la police. Or des calculs analogues démontrent qu'à une époque antérieure, ce danger de contamination était deux fois plus grand.

Si le danger de contamination a diminué, c'est que l'état sanitaire de la clientèle des prostituées s'est amélioré proportionnellement. La question est dès lors de savoir à quelles causes attribuer cette amélioration, à quelles causes attribuer la diminution de fréquence des maladies vénériennes dans la population masculine de Berlin.

En première ligne, M. Blaschko fait intervenir certaines réformes introduites dans la réglementation des sociétés de secours mutuels. Dans le courant des vingt dernières années, ces sociétés ont acquis un développement colossal, qui a marché à pas à pas avec le développement de l'industrie berlinoise. Or, il était de règle jadis, de refuser les secours en argent et en médicaments, et même l'assistance médicale, aux membres de ces sociétés, atteints d'une maladie vénérienne. Voire que la dernière loi sur les caisses de secours pour cause de maladies, votée par le parlement allemand, consacre le droit, pour ces sociétés, de procéder de la sorte (paragraphes 6 et 26). Ce droit, la plupart des sociétés y ont renoncé, et les conséquences de cette réforme libérale sont faciles à comprendre. Le vénérien des classes ouvrières, privé de secours, continue de travailler, se soigne mal ou pas du tout, et, ne changeant rien à son existence habituelle, propage la maladie dont il est atteint, pour des raisons faciles à saisir, la propage surtout dans le monde des prostituées. Donc mettre ces vénériens en état de se soigner, les traiter non comme des parias, comme des coupables couverts de honte et indignes de pitié, mais les traiter avec humanité et leur faire comprendre qu'en retour des soins médicaux et des secours qu'on leur accorde, ils ont à remplir des devoirs vis-à-vis de leur prochain, en s'abstenant de tout rapprochement sexuel pendant la durée de leur maladie, c'est travailler efficacement à restreindre l'extension des maladies vénériennes, et c'est ce qui se fait à Berlin depuis quelques dix ans.

Une autre circonstance qui a concouru à ce même résultat réside dans le développement des policliniques, dont le nombre est allé croissant, par suite de quoi les vénériens peu aisés trouvent de plus en plus de facilités pour se faire soigner gratuitement. Or, M. Blaschko estime que le niveau intellectuel des masses s'est élevé au fur et à mesure que l'instruction s'est répandue ; il estime que dans les masses on comprend mieux qu'autrefois les dangers des maladies vénériennes, la nécessité pour ceux qui en sont atteints de se faire soigner sérieusement et de s'abstenir du coït pendant la durée de la maladie. Il serait d'une grande utilité, à son avis, de populariser, par la voie de la presse et par la parole, les notions susceptibles de contribuer à cette œuvre de prophylaxie.

Trop longtemps on a considéré les vénériens comme des coupables qui ont droit à l'emprisonnement plutôt qu'à l'hospitalisation. A Berlin, paraît-il, on en est encore là pour les vénériens de toutes les catégories, tandis qu'à Paris un tel régime n'est plus réservé qu'aux protituées de profession. Incidemment M. Blaschko a touché à la question des maisons de tolérance, envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des maladies vénériennes. Il soutient que cette question n'a pas, au point de vue de la santé publique, l'importance qu'on a voulu lui attribuer dans ces derniers temps, et qu'il n'est pas nécessaire de « caserner » les prostituées, pour les soumettre à un contrôle efficace.

Ce qui importe surtout, c'est de soumettre à une surveillance réglementaire la prostitution quasi publique, telle qu'elle s'exerce dans les cafés et autres établissements analogues, où le service se fait par des femmes. Dans ce milieu, la fréquence des maladies vénériennes atteint son maximum. Les renseignements puisés dans les livres de la Société de secours mutuels des hôteliers et aubergistes de Berlin portent que les maladies vénériennes figurent pour une proportion de 9 1/2 à 10 0/0 du total des cas de maladie déclarés ; or, sur 2.500 membres que compte ladite Société, le cinquième seulement est représenté par les femmes de brasserie et de café (*Kellnerinnen*) ; c'est-à-dire que la moitié au moins de ces femmes sont contaminées ! On voit par ces citations, qu'à Berlin les choses, considérées au point de vue de la moralité publique, se passent et se présentent comme à Paris et dans les autres grandes cités. De même, à ne considérer les choses qu'au point de vue de l'hygiène, là-bas comme ici le principal écueil auquel se heurte le problème de la prophylaxie des maladies vénériennes réside dans la difficulté de réprimer et de soumettre à une surveillance efficace la prostitution clandestine, aux ramifications si multiples.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LA PRATIQUE DES ACCOUCHEMENTS A L'USAGE DES SAGES-FEMMES, par MM. P. BUDIN et G. CROUZAT. — Paris, O. Doin, éditeur.

« Dans ces vingt dernières années, écrivent MM. Budin et Crouzat, dans l'avant-propos de leur ouvrage, des progrès considérables ont été réalisés en obstétrique : l'antisepsie, en particulier, a permis d'obtenir la suppression presque complète de la mortalité pendant les suites de couches.

« Mettre les sages-femmes au courant de ces progrès, dans ce qu'ils ont de réellement pratique, leur montrer comment elles peuvent faire l'asepsie et l'antisepsie, nous a paru une œuvre utile.

Nous nous sommes efforcés d'être simples, clairs, concis. »

On ne saurait être plus modeste dans l'exposé d'un programme; nous ajouterons de suite qu'il est impossible de le mieux remplir qu'il ne l'a été par nos deux savants confrères.

Des notions élémentaires d'anatomie, de physiologie et d'embryogénie occupent les trois premières parties de l'ouvrage. La quatrième est consacrée à la grossesse et contient plusieurs chapitres où sont successivement passés en revue les modifications qui surviennent dans l'appareil génital et les autres systèmes ou appareils de la femme, le signe et le diagnostic de la grossesse aux différentes périodes, la durée, l'hygiène spéciale qu'elle réclame, la conduite à tenir durant son évolution par la sage-femme.

L'étude anatomique et physiologique du fœtus à terme, celle de sa situation dans la cavité utérine, des présentations et des positions qu'il peut prendre, remplissent la cinquième partie.

On est ainsi préparé à comprendre le travail de l'accouchement dont l'étude fait l'objet des parties suivantes. Après des développements sur l'accouchement en général, les auteurs en étudient le mécanisme et le pronostic dans chaque présentation et chaque position, en précisant la conduite à tenir dans chacun de ces cas. A propos des soins à donner à la femme pendant et après l'accouchement, ils entrent dans des détails minutieux dont aucun n'est inutile et dont bien des médecins tireront profit non moins que les sages-femmes. C'est ici que les règles d'une rigoureuse antisepsie doivent être observées, et les conseils pratiques donnés par les auteurs ont, au plus haut degré, les caractères de simplicité, de clarté et de concision qu'ils ont eu pour objectif, dès la première ligne de leur livre, et dont ils ne se sont jamais écartés.

Nous ne ferons que mentionner les chapitres consacrés aux soins à donner à l'enfant pendant le travail et après la naissance, à la délivrance, aux suites de couches normales; nous signalerons plus particulièrement celui qui traite des suites de couches pathologiques. La pathogénie et le mode de transmission, de propagation de l'infection puerpérale sont étudiés avec le plus grand soin; les auteurs montrent combien l'incurie ou l'ignorance des sages-femmes a causé de désastres et reviennent, avec de nouveaux détails et une louable insistance, sur la pratique d'une rigoureuse antisepsie.

Parmi les divers antiseptiques, ils recommandent exclusivement le sublimé, dont la solution à 1 pour 4,000, colorée par une goutte de carmin d'indigo, ne présente en réalité, dans la pratique, aucun danger. On sait, d'ailleurs, que, sur le vote de l'Académie, le ministre de l'Intérieur a fait signer un décret autorisant les sages-femmes à employer le sublimé. Les pharmaciens leur délivrent des paquets de 0 gr. 25 de sublimé avec 1 gramme d'acide tartrique et 1 goutte de carmin d'indigo pour préparer la solution antiseptique, et de la vaseline au sublimé à 1 pour 1,000.

Dans les chapitres suivants, les auteurs étudient le développement anatomique et physiologique du nouveau-né, les soins hygiéniques dont il doit être l'objet, l'allaitement maternel, mercenaire, artificiel et mixte, la faiblesse congénitale de l'enfant et le régime particulier qu'elle exige (gavage, couveuse, etc.), le sevrage.

Bien que les sages-femmes n'aient à soigner ni les maladies de l'enfant, ni celles de la mère, MM. Budin et Crouzat ont pensé qu'il y a avantage à ce qu'elles possèdent des notions exactes sur un certain nombre de ces états pathologiques, afin surtout de les reconnaître et de faire appeler à temps le médecin. C'est ainsi qu'ils passent successivement en revue les vices de conformation du nouveau-né et certains états morbides qu'il présente plus ou moins fréquemment: vomissements, diarrhée, muguet, sclérume, tumeurs du crâne, érythème, coryza, ophthalmies, etc. — En ce qui concerne la pathologie de la mère, les divers états ou phénomènes morbides auxquels ils consacrent le plus de développements sont la syphilis avec ses conséquences pour la mère, l'enfant et la nourrice, les vomissements graves ou incoercibles, les varices, les hémorrhoïdes, la cystite, l'albuminurie, l'éclampsie, enfin, du côté des organes génitaux, la blennorrhagie, la vaginite, le prurit vulvaire, les végétations, les déplacements de l'utérus.

L'œuf a ses maladies aussi, hydramnios, hydropisie des villosités choriales, etc., et le fœtus succombe parfois dans la cavité utérine. La cause et les suites de cette mort du fœtus sont brièvement, mais très clairement exposées.

Après plusieurs chapitres consacrés à l'avortement, à l'accouchement prématuré, à la grossesse extra-utérine, les auteurs abordent deux sujets, au premier abord un peu délicats quand on s'adresse à des sages-femmes dont la loi restreint considérablement les droits et limite l'intervention: il s'agit des accouchements dystociques et des opérations. Ils répondent d'avance aux objections qu'on pourrait à ce sujet leur adresser: « Nous nous bornerons, disent-ils, à exposer les différentes causes de dystocie, nous ne parlerons du traitement que pour les cas où il y a urgence absolue. Pour ces derniers seuls, nous donnerons à la sage-femme les indications nécessaires sur la conduite qu'elle doit tenir, en attendant l'arrivée du médecin. »

Cela dit, les auteurs exposent rapidement les divers cas d'accouchements dystociques qu'ils divisent en quatre groupes comprenant: 1° Les anomalies des forces expulsives (faiblesse ou excès d'énergie des contractions utérines); 2° les obstacles à l'expulsion du fœtus (rigidité, déviations, tumeurs des parties molles, viciations du bassin, — excès de volume du fœtus, hydrocéphalie, procidence des membres, — résistance des membranes, brièveté du cordon); 3° les accidents de l'accouchement qui mettent en danger l'existence de la mère et celle de l'enfant (procidence du cordon, hémorrhagies pendant la grossesse et l'accouchement, déchirures du col, rupture du corps de l'utérus); 4° les difficultés et les accidents de la délivrance (inertie utérine, contractions irrégulières, adhérences anormales, rétention du placenta, rétention des membranes, renversement ou inversion de l'utérus, hémorrhagies de la délivrance et accidents consécutifs).

En ce qui concerne les opérations, les auteurs décrivent la délivrance artificielle, le tamponnement et la version, en faisant de nouveau remarquer que la sage-femme ne doit les pratiquer que s'il y a véritablement urgence et si, avant l'arrivée du médecin, la vie de la mère ou celle de l'enfant est sérieusement menacée.

L'ouvrage se termine par quelques notions relatives à la vaccination, que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, et par l'exposé des lois et règlements qui régissent actuellement l'exercice et l'enseignement de leur profession. Les auteurs y ont joint certains passages de la loi nouvelle concernant la protection des enfants, les nourrices et les bureaux de nourrices.

On peut voir, par l'analyse qui précède, que, sous le modeste titre qu'ils ont donné à leur livre, MM. Budin et Crouzat ont

écrit un traité pratique des accouchements bien près d'être complet. Ce ne sont pas seulement les sages-femmes qui le liront avec profit, mais les élèves qui préparent leur doctorat et, nous ne craignons pas de dire, bon nombre de praticiens. Aussi pouvons-nous les assurer, en terminant, que, suivant leur légitime ambition, et même au-delà, ils ont fait « une œuvre utile ».

D[r] F. DE RANSE.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du psoriasis de la tête. (*Revue de clinique et de thérap.*, 1892, n° 6.)

En cas de lésions limitées, et en l'absence d'irritation du cuir chevelu :

Savon mou de potasse	ââ	100 gr.
Vaseline		
Ichthyol		10 —
Acide salicylique	ââ	5 gr.
Acide pyrogallique		

N'employer cette pommade que sur de petites surfaces, et cesser dès que l'irritation du cuir chevelu se montre.

E. BESNIER.

Pommade contre le psoriasis sous forme de plaques limitées. (*Journal de médecine et de chir. pratique* (BESNIER).

Ichthyol	ââ	5 gr.
Acide pyrogallique		
Acide salicylique		
Acide chrisophanique		
Axonge		100 —

— **Traitement de la coqueluche** (*Revue génér. de clinique et de thérap.*, 1892, n° 6.)

Dans la phase catarrhale on peut employer les expectorants selon la formule de Liebermeister.

Poudre de cochenille	1 gr.
Carbonate de potasse	3 —
Sucre blanc	10 —
Eau	100 —

Une cuillerée à café à une 1/2 cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Ou bien :

Sulfure jaune d'antimoine	0 gr. 50
Mucilage de gomme	20 —
Eau distillée	20 —
Sirop simple	20 —

Une cuillerée à café toutes les heures ou deux.

Contre l'élément spasmodique on a à sa disposition la morphine, l'opium, le chloral, la belladone, dont on connaît la dose et la formule. Signalons l'emploi de l'antipyrine par M. Boicesco (de Bucharest) selon la formule suivante :

Solution de gomme		100 gr.
Résorcine	ââ	1 —
Antipyrine		
Sirop de pin maritime		30 —

Trois à cinq cuillerées à soupe par jour et augmenter la dose.

— **Contre le tænia.** — Mirovitch conseille comme *tænifuge* certain la naphtaline, suivant cette formule :

Naphtaline	0 gr. 30 à 0 gr. 50
Huile de ricin	15 grammes
Essence de bergamote	Deux gouttes.

M. — A prendre en une fois à jeun. Pour les adultes, on donnera jusqu'à un gramme de naphtaline, toujours à jeun et puis 30 grammes d'huile de ricin. Pendant les deux jours qui précèdent l'ingestion du tænifuge, on devra avoir recours à une alimentation salée ou acide.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

Suite (1).

ARTICLE 24.

Pour tous les cas il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Cet article n'ayant subi aucune modification il en faut conclure que l'observation fort importante que nous avons présentée dans notre commentaire du projet de la Chambre n'a pas été comprise.

Il y a là une erreur grave qu'il convient absolument de réparer, en plaçant l'article 24 après les articles 25 et 26 actuels qui prononcent encore des pénalités avec prévision de la récidive.

Il est clair que l'article 24 ne fait que régler ce qui constitue l'état de récidive et que les règles qu'il pose doivent s'appliquer à toutes les dispositions de la loi nouvelle qui prononcent une pénalité avec prévision spéciale et formelle de récidive, mais ne peuvent s'appliquer qu'à ces seules dispositions et non à celles qui n'édictent pas la récidive, c'est-à-dire que l'article 24 doit viser les articles 19, 20, 21, 25 et 26, mais non les articles 22 et 23 qui sont seuls à ne faire aucune allusion à la récidive. Il faut donc, de toute nécessité, placer l'article 24 après les articles 25 et 26.

Il nous paraît évident que non seulement il n'y aura récidive que si, dans les cinq années précédentes, le prévenu a été condamné pour un délit prévu par la nouvelle loi comme celle-ci le dit, mais encore s'il a été condamné pour un délit de même espèce. On ferait peut-être bien de s'en expliquer clairement dans notre article.

ARTICLE 25.

L'exercice simultané de la médecine, de l'art dentaire ou de l'art des accouchements avec *celui de la pharmacie et de l'herboristerie* est puni d'une amende de 100 à 500 francs

En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 francs et les délinquants pourront en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Nous avons déjà fait remarquer, en temps, l'extrême rigueur de cette pénalité nouvelle.

Enfin, une bizarrerie particulière résulte de ce que le texte actuel, à la différence de celui voté par la Chambre, punit le cumul de la profession de médecin avec celle d'herboriste. Si les herboristes ont un domaine réservé, aucune disposition pénale ne le protège en principe. En sorte que, par suite de la dispo-

(1) Voir le numéro 1, 2, 3, 5, 6 et 7.

sition nouvelle, tandis que les personnes absolument étrangères à la médecine qui exerceront l'herboristerie sans diplôme pourront le faire impunément, les médecins au contraire seront soumis aux pénalités rigoureuses de l'article 25. « Avec celui » introduit dans le texte nouveau, est moins correct que l'ancienne rédaction.

ARTICLE 26.

Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 25.

Cette pénalité nous paraît dépasser la mesure. On est loin de l'amende de 6 à 10 fr. prononcée par le fameux § 12 de l'article 475 du Code pénal. De plus, voici les docteurs obligés d'obéir à la justice, non seulement dans les cas assez rares de flagrant délit seuls prévus par l'article 475, mais, dans toutes les circonstances où elle jugera à propos d'exiger leur concours. Quant aux officiers de santé, dentistes et sages-femmes, nous l'avons déjà dit, ils restent sous l'empire des dispositions plus douces de l'acticle 475, et ne seront tenus d'obéir qu'en cas de réquisition, pour flagrant délit ou calamité publique, à peine seulement de 6 à 10 francs d'amende s'ils refusent.

ARTICLE 27.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 et 26 de la présente loi.

Ici encore, il n'a été tenu qu'incomplètement compte des observations que nous avions faites sur le projet de la Chambre. On vise bien, cette fois, l'article contenant la pénalité relative au refus de déférer aux réquisitions de la Justice, mais on a toujours le tort de s'en référer aux articles 17 et 18 qui n'édictent aucune peine. En dehors de cela, il faut reconnaître que le projet de la Commission du Sénat est plus clair que celui de la Chambre puisqu'il se reporte à toutes les dispositions pénales, sauf à l'article 24 qui détermine les conditions constitutives de la récidive. Sur ce dernier point, il en était de même du projet de la Chambre. Est-ce voulu et faut-il en conclure que le législateur a l'intention de refuser les circonstances atténuantes dans tous les cas de récidive? Il faudrait encore prendre la peine de s'en expliquer catégoriquement, puisque, si l'article 27 ne cite pas l'article 24, il cite cependant les articles 19, 20, 21, 25 et 26 qui prononcent des peines en cas de récidive. A défaut d'une disposition plus formelle, les tribunaux pourraient faire bénéficier des circonstances atténuantes, même les récidivistes.

(*A suivre.*) A. LÉCHOPIÉ.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Académie des sciences : Des greffes cancéreuses.
Académie de médecine : Traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. — L'antisepsie interne; mercure et broncho-pneumonie.

La question de la transmissibilité du cancer a fait depuis longtemps l'objet de recherches expérimentales. En les rappelant dans le travail qu'ils ont communiqué à l'Académie des Sciences, MM. Simon Duplay et Maurice Cazin attachent peu d'importance à celles de ces recherches qui ont précédé l'état actuel de nos connaissances en antisepsie et en microbiologie, et ils se sont attachés à répéter et à contrôler les plus récentes. Il résulte de leurs expériences que le cancer n'est pas transmissible de l'homme ou d'une espèce animale à une autre espèce animale. Ils ont obtenu également des résultats négatifs en cherchant à transmettre le cancer du chien au chien. Cependant ils ne tirent aucune conclusion de ces dernières expériences à cause de leur petit nombre et des conditions défavorables dans lesquelles quelques-unes ont été faites. Aussi en présence des faits positifs avancés par d'autres expérimentateurs tels que Wehr, Hanau et Eiselsberg, Pfeiffer et Moran, ils restent, à propos de la transmissibilité du cancer d'un individu à un autre individu de même espèce, sur une sage réserve. Ils sont plus affirmatifs en ce qui concerne l'inoculabilité du cancer, démontré par de nombreux faits cliniques. Enfin, l'incertitude des résultats qu'ils ont observés ne leur permet pas de tirer aucune conclusion précise relativement à la nature parasitaire du cancer. La solution de cette question leur paraît réclamer de nouvelles recherches.

— L'Académie de médecine a entendu deux communications fort intéressantes, au point de vue thérapeutique, l'une de M. Constantin Paul, l'autre de M. Albert Robin.

M. Constantin Paul, d'abord sceptique sur les effets toniques attribués par M. Brown-Séquard aux injections sous-cutanées de suc testiculaire, a plus tard modifié son opinion et a eu l'idée, pour agir sur le système nerveux dans la neurasthénie, de substituer la substance grise du cerveau au tissu du testicule.

On prend, chez un mouton récemment tué, 15 grammes de substance cérébrale, de substance grise de préférence, et on la divise en morceaux. On la fait macérer pendant deux heures dans cinq fois son poids de glycérine pure, soit 75 grammes. On ajoute quantité égale d'eau et l'on filtre, au moyen de l'appareil d'Arsonval, sous une pression de 40 à 50 atmosphères produite par de l'acide carbonique liquéfié. On obtient ainsi un liquide incolore, transparent, d'une réaction neutre, d'une densité de 1.080 à 1 090, ne renfermant aucun élément figuré, et se conservant facilement pendant dix jours sans s'altérer. C'est ce liquide dont M. Constantin Paul s'est servi. Il en injecte de 1 à 5 centimètres cubes sous la peau d'une région dont le tissu cellulaire est lâche et glisse facilement (flancs, région dorso-lombaire), en prenant toutes les précautions aseptiques. Le nombre d'injections qu'il a faites, pour chaque malade, a varié de 1 à 40. Sur plus de 200 injections qu'il a pratiquées chez 11 malades, il n'a pas eu un seul abcès.

Les 11 malades ainsi traités se répartissent de la manière suivante :

3 chloroses neurasthéniques ;
3 neurasthénies classiques :
1 cas de pouls lent permanent ;
4 tabétiques.

Voici comment notre collègue résume lui-même, dans ses conclusions, les effets qu'il a observés.

« Le premier effet ressenti par les malades, dit-il, est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont à leur disposition une somme de forces qu'ils n'avaient pas auparavant. L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement; les malades en donnent la preuve parce qu'ils peuvent bientôt marcher sans se fatiguer. Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale disparaissent au bout de quelques injections. Même dans l'ataxie on voit les

douleurs fulgurantes disparaître. Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie. L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à mesure. Les malades prennent de l'appétit, leur nutrition s'améliore et, s'ils sont préalablement dyspeptiques, la nutrition se fait mieux, comme en témoigne l'augmentation rapide du poids.

« Quant à l'impotence sexuelle, elle a été notablement améliorée, mais je n'ai eu l'occasion d'observer cette amélioration que chez trois neurasthéniques simples. Ce qui est remarquable, c'est que chez l'une des trois chlorotiques neurasthéniques, alors que toutes les fonctions avaient énormément gagné: appétit, forces, embonpoint, poids, disparition de tous les troubles nerveux, les couleurs n'étaient pas revenues, et l'anémie restait la même. A cette époque le fer a été très bien supporté et les couleurs sont revenues très rapidement; la jeune fille, restée pâle, avait, au bout d'un mois, des couleurs fraîches superbes.

« Nous avons donc, dans l'injection sous-cutanée de substance grise cérébrale, un véritable tonique névrosthénique, comme disait Trousseau ».

Plus loin, M. Constantin Paul insiste sur la supériorité du nouveau tonique comparé à divers agents de la matière médicale: fer, arsenic, phosphates, alcool, etc.

Certes, il n'y a pas à mettre en doute les faits produits par notre collègue, pas plus que ceux qu'a publiés avant lui M. Brown-Séquard. Mais il est permis de dire à l'un et à l'autre que le liquide dont ils se servent est complexe et de leur demander quel en est véritablement le principe actif. En l'absence de tout élément figuré, ces liquides renferment des principes organiques et des sels dont plusieurs (cérébrine, lécithine, etc., — chlorure de sodium, phosphates, etc.) sont communs à l'un et à l'autre. A quels de ces principes doivent-ils leur action tonique? Etant connue celle du chlorure de sodium et des phosphates, on peut se demander si ces sels ne constituent pas justement la partie active des liquides en question, et dès lors s'il n'y aurait pas avantage à leur substituer une préparation plus simple fournie par la chimie inorganique. Nous connaissons une préparation de ce genre, que l'auteur a baptisée du nom de sérum artificiel, et qui, injectée sous la peau à la dose de 5 à 40 grammes, produit également chez les chlorotiques et les neurasthéniques des effets toniques. Nous croyons donc, et nous appelons sur ce point l'attention de notre excellent collègue, M. Constantin Paul, qu'il y a intérêt, après avoir déterminé la composition du liquide dont il se sert, à instituer des expériences comparatives entre le liquide complet et une solution, d'un côté des principes organiques, de l'autre des sels qu'il contient.

— La communication de M. Albert Robin soulève un point de thérapeutique d'un ordre plus général: il s'agit des applications de l'antisepsie interne. Une malade, saturée de sublimé, l'antiseptique par excellence, est prise d'une broncho-pneumonie infectieuse qui l'enlève en quatre jours. A l'autopsie on trouve trois micro-organismes, un streptocoque, le staphylocoque doré et le diplocoque de Hirchner, dont le sublimé n'a pas empêché la rapide pullulation ni atténué la virulence. Il semble, au contraire, avoir favorisé l'intensité de l'infection. M. Robin tire de ce fait un enseignement pratique d'une haute importance, c'est que, en matière d'antisepsie interne, on ne saurait conclure du laboratoire à la clinique. Nous reproduirons son intéressante communication *in extenso* dans le prochain numéro de la *Gazette*, et nous aurons peut-être l'occasion de revenir sur la discussion un peu écourtée dont elle a été l'objet devant l'Académie.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.
Séance du 15 février.

M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

L'épidémie de typhoïde à Langoëlan (Morbihan) est en pleine décroissance. La population a adopté les mesures prophylactiques prescrites. L'isolement et la désinfection ont eu rapidement raison de la maladie. Une épidémie de diphtérie est signalée à Groix (Morbihan).

M. Proust fournit ensuite quelques renseignements sur l'état sanitaire à l'étranger, et notamment sur la variole au Maroc et sur la fièvre jaune à Guayaquil, où le consul de France a succombé à l'épidémie.

Assistance des enfants malades. — Un dispensaire gratuit pour les enfants malades ou nécessiteux vient d'être inauguré, rue Pasteur, 7, dans le 11e arrondissement. Fondé sous le patronage de MM. Floquet, président de la Chambre des députés, Lockroy et Mathé, députés; Péau, Longuet et Petitjean, conseillers municipaux, ce dispensaire comprend des salles de jeux, d'hydrothérapie, des amphithéâtres, etc.

Association générale des médecins de France. — Séance annuelle de la Société centrale. — La Société centrale a tenu le dimanche 7 février, sous la présidence de M. Bucquoy, sa séance publique annuelle. Elle a été saisie, par le Président, de la question de l'indemnité maladie dont nous avons entretenu récemment nos lecteurs et, entrant pleinement dans les vues du Conseil général, elle a voté: 1° une allocation de 4.000 fr. destinée à fonder la caisse d'indemnité maladie; 2° une somme de 4 fr. à prélever tous les ans sur la cotisation de chaque sociétaire et destinée à alimenter cette caisse. Si l'exemple de la Société centrale était suivi par toutes les Sociétés locales, la caisse d'indemnité maladie ne tarderait pas à fonctionner et à rendre les plus grands services.

L'Assemblée a applaudi à l'unanimité des suffrages que M. Lannelongue a obtenue au sein de la Société centrale pour la présidence de l'Association générale, unanimité que notre excellent confrère a rencontrée partout et qui contribuera certainement à rendre sa tâche à la fois plus facile et plus féconde.

Cinquième réunion de l'Association médicale mutuelle. — Dimanche dernier, c'était au tour de l'Association fondée par M. Gallet-Lagoguey de tenir sa séance annuelle. Ici il s'agit d'une véritable assurance, et l'indemnité maladie, calculée sur la prime annuelle, est servie de droit à tous les sociétaires. L'œuvre a rapidement progressé. Le nombre des associés, en cinq années, s'est élevé graduellement de 71 à 119, 161, 205, 231, chiffre de l'année courante. Elle a amassé un capital de réserve de plus de 58.000 fr. et elle a eu à payer un total d'indemnités de 3.290 fr. en 1888, 3.550 fr. en 1889, 7.920 fr. en 1890, 10,690 fr. en 1891. Ces chiffres se passent de commentaires et montrent que l'Association médicale mutuelle, s'adressant à des confrères pouvant payer une forte cotisation

annuelle, peut et doit prospérer à côté de la Caisse d'indemnité maladie qui est en voie de création au sein de l'Association générale.

NOUVELLES

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Pitres, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, doyen de la dite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — M. Coez est nommé préparateur de chimie minérale.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Sterne est institué pour trois ans, à dater du 1er février 1892, chef de clinique médicale.

École de médecine d'Angers. — M. Thézée, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

École de médecine de Dijon. — M. le Dr Deroye, professeur de clinique médicale, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de la dite École.

— **Corps de santé militaire.** — Un concours s'ouvrira le 7 novembre prochain à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour un emploi de professeur agrégé de toxicologie et chimie appliquées aux expertises de l'armée.

— **Congrès français de chirurgie.** — La VIe session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 18 avril 1892, sous la présidence de M. le professeur Demons (de Bordeaux).

La première séance (consacrée aux questions diverses) aura lieu à neuf heures du matin (grand amphithéâtre de l'École de médecine). — La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de la session et seront introduites par des rapporteurs spéciaux dans les séances du soir :

I. *Pathologie et traitement des gangrènes chirurgicales.*

II. *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.*

III. *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.*

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les hôpitaux et aux questions diverses.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, au plus tôt, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain, auquel on pourra s'adresser également pour tous les renseignements concernant le Congrès.

— **Société protectrice de l'enfance.** — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 28 février 1892, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le Dr J. Rochard, de l'Académie de médecine.

Ordre du jour :

1° Discours de M. le Dr Rochard ;

2° Compte rendu moral et financier, par M. le Dr Blache ;

3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le Dr Marjolin ;

4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. le Dr Sevestre, médecin de l'hôpital Trousseau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rueff et Cie éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Agenda du pharmacien-chimiste, *Manuel du Praticien*, par M. A. Bouriez, pharmacien de première classe et chimiste à Lille, Lauréat de la Faculté de Médecine et de la Société des Sciences, Licencié ès sciences naturelles. — Un vol cartonné, prix : 3 francs.

L'ouvrage se divise en quatre parties. Dans la première intitulée : *Documents techniques*, on remarque en particulier un tableau très complet des contrepoisons et soins à donner aux empoisonnés, des instructions sur les secours d'urgence aux malades et aux blessés et des indications utiles sur l'origine et la prophylaxie des maladies contagieuses.

La seconde partie, consacrée à la *Pharmacie*, renferme un court formulaire, une foule de renseignements pratiques et un Memento des nouveaux remèdes.

Sous le titre *Documents physico-chimiques*, l'auteur réunit dans la troisième partie, les données relatives aux densités, points de fusion, pouvoirs rotatoires, spectroscopie, réduction des volumes gazeux, réactions caractéristiques, etc.

Le dernier chapitre, qui traite des *Analyses spéciales*, constitue à lui seul un manuel d'Analyses appliquées à la Médecine, à l'Hygiène alimentaire, à l'Agriculture et au Commerce. L'auteur y passe successivement en revue les eaux potables, les alcools, le vin, la bière, le cidre, le vinaigre, les farines, le pain, la viande, le chocolat, le café, le thé, le poivre, le lait, le beurre, les étamages et enfin les urines, les calculs et les crachats.

Un tel travail se recommande de lui-même par les services qu'il peut rendre. Ajoutons que son exécution matérielle ne laisse rien à désirer et qu'une table des matières suffisamment détaillée rend les recherches très faciles.

Formulaire moderne : Traitements, ordonnances, médicaments nouveaux, par le Dr Vaucaire.

C'est mieux qu'un formulaire ordinaire, dit le Dr Talamon dans la préface, c'est un véritable compendium de thérapeutique appliquée que le Dr Vaucaire offre au public. On y trouve immédiatement pour chaque maladie, chaque symptôme, le traitement approprié avec un choix très sûr des meilleurs médicaments et des formules les plus simples.

L'idée qui a guidé M. Vaucaire est excellente : faire connaître pour chaque traitement, l'auteur de telle ou telle médication en l'accompagnant de formules employées avec succès et de conseils relatifs à l'hygiène, aux eaux minérales, à l'hydrothérapie et à l'électrothérapie. On peut aussi être sûr d'avoir sous la main les indications les plus précises au sujet des médicaments nouveaux dont la pathologie est si complexe.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 7 AU 13 FÉVRIER 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 28. — Grippe, 26. — Phtisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 68. — Bronchite aiguë et chronique, 89. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 151. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 53. — Fièvre et péritonite puerpérales, 11. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 207. — Causes inconnues, 16. — Total 1146.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

CLINIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANTISEPSIE INTERNE. MERCURE ET BRONCHO-PNEUMONIE (1),

Par M. ALBERT ROBIN.
Membre de l'Académie de médecine.

I

Les grands travaux de M. Pasteur, en révolutionnant la médecine, ont aussi ouvert à la thérapeutique une voie dont on peut déjà mesurer l'étendue. Les méthodes antiseptiques, dont l'influence sur la chirurgie a été si décisive, règnent aujourd'hui sans conteste sur la thérapeutique médicale. Si l'on cherche à classer ces méthodes, suivant le but qu'elles poursuivent, on voit qu'elles tendent à répondre aux six problèmes suivants :

1° Détruire le microbe dans le milieu ambiant;

2° Tenter de s'opposer à sa pénétration dans l'organisme;

3° Vacciner l'individu pour empêcher ou atténuer ses atteintes;

4° Détruire l'agent pathogène dans l'organisme, à l'aide de substances nocives aux microbes, inoffensives pour l'homme:

5° Entraver sa pullulation par des médicaments capables de transformer les milieux organiques en défavorables terrains de culture, ou d'exalter le phagocytisme.

6° Atténuer la virulence de l'agent pathogène par des médications qui agissent sur celui-ci, sur la cellule vivante, ou sur les plasmas.

Ces six problèmes me paraissent résumer les aspirations de la thérapeutique antiseptique.

Les deux premiers points ressortissent à l'hygiène et à la prophylaxie. C'est à leur application que la chirurgie doit sa merveilleuse rénovation ; avec le pansement rare, elle prévient l'accès de l'agent pathogène; elle le tue sur place avec les antiseptiques.

(1) Travail communiqué à l'Académie de médecine.

La vaccination rentre, elle aussi, dans la thérapeutique prophylactique, la meilleure et la plus sûre de toutes, dont les services sont incalculables, dont l'avenir est sans limites.

La destruction directe de l'agent infectieux dans l'organisme s'applique aux cas où celui-ci demeure pendant un certain temps à la surface des organes, et où il peut être directement atteint par l'antiseptique; car, s'il s'agissait d'imprégner l'organisme tout entier pour détruire le microbe, il est probable que l'individu faillirait avant le contage, comme l'a dit autrefois M. Jaccoud en termes si saisissants. Les succès obtenus par le traitement local de la diphtérie et de l'érysipèle sont l'éclatante preuve de la valeur de cette thérapeutique.

Restent l'entrave à la pullulation et l'atténuation de la virulence. Et c'est en face de ces problèmes que le médecin se trouve le plus habituellement placé, puisque la maladie est trop souvent constituée quand il est appelé à la reconnaître et à la traiter.

Sur quoi se base-t-il alors pour instituer une thérapeutique antiseptique? Ou bien encore, sur quoi s'appuiera-t-il pour introniser le traitement de telle affection microbienne par tel antiseptique qui lui paraîtra réunir logiquement un maximun de chances de succès?

Il se fondera sur de précises expériences de laboratoire dans lesquelles d'habiles expérimentateurs auront étudié l'action entravante ou atténuante des antiseptiques connus ou d'actions médicamenteuses diverses sur telle culture bactérienne.

Or, les préparations mercurielles, figurant presque toujours au premier rang de ces substances, ont pris dans la thérapeutique une place vraiment prédominante, et il est peu de maladies infectieuses où elles ne paraissent appelées à jouer un rôle curateur, sur la foi solide de l'expérience de laboratoire.

Mais, en fait de thérapeutique, le dernier mot appartient à la clinique, juge en suprême ressort. Que répond-elle?

Elle hésite encore et son siège n'est pas fait. Et le cas que je veux communiquer à l'Académie est de nature à justifier pleinement ses hésitations, car ce fait a toutes les allures d'une triste et décisive expérience de laboratoire.

II

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, qui entra le 9 octobre dernier dans mon service à l'hôpital de la Pitié.

On ne relève rien de bien spécial dans les antécédents de cette malade.

Elle ne jouissait pas d'une santé bien brillante, soumise qu'elle était à des règles d'hygiène désastreuses, et exposée parfois à de cruelles privations. Toutefois, aucun organe n'est en souffrance et elle n'a jamais été frappée d'aucune maladie sérieuse.

Il y a huit jours environ, elle a été prise d'une fatigue intense, accompagnée de céphalalgie, de douleurs contusives dans les membres et d'une toux sèche et quinteuse. Elle a continué de vaquer à ses occupations jusqu'au jour où, abattue, anéantie, elle s'est présentée à notre consultation.

Elle se plaignait d'une courbature, d'un brisement général, d'une céphalalgie frontale vive, d'une toux fatigante avec paroxysmes nocturnes. Elle éprouvait une sensation de picotement, de chaleur âcre, et de constriction à la gorge.

Elle est dans un état d'affaissement considérable. Sa face grippée, sa voix presque éteinte, sa parole entrecoupée, sont des indices évidents de sa souffrance et de sa fatigue.

Son teint pâle et terne, sa peau sèche et sale, comme pigmentée, attestent une nutrition insuffisante.

La langue est saburrale; la toux ranque; la voix voilée; l'expectoration, peu abondante, est celle d'une bronchite banale à la période de crudité.

A l'auscultation, on perçoit surtout à la partie supérieure des poumons, des râles vibrants et ronflants; nulle trace de sibilances fines ou de râles sous-crépitants secs. Les grosses bronches seules sont atteintes.

Au cœur, existe un bruit de souffle systolique à timbre doux dont le maximum semble être au niveau de l'artère pulmonaire, et dont le sens de propagation est vague. On pourrait conserver des doutes sur la nature véritable de ce souffle qui se propage peu dans les vaisseaux du cou, mais le facies, la décoloration des muqueuses, nous font pencher du côté d'un souffle anémique.

Du reste, on ne constate aucun trouble fonctionnel qui soit en rapport avec une affection cardiaque.

Le foie est normal.

Les urines, pâles, sont riches en uro-hématine. Pas d'albumine.

Mais voici qu'en examinant la malade, on découvre une roséole qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une syphilis à sa période secondaire.

L'éruption est constituée par des taches roses, arrondies, assez confluentes, ne faisant aucun relief et recouvrant le tronc entier ainsi que l'origine des cuisses, et la face antérieure des bras et des avant-bras. A la nuque, dans les aines, pléiades ganglionnaires, caractéristiques.

Il n'y a pas de plaques muqueuses à la vulve, ni à l'anus, mais des plaques papulo-érosives, des plus nettes, existent à la surface des amygdales et des piliers du voile du palais.

On ne trouve pas le chancre initial.

Quant à la date d'inoculation, il est impossible à la malade de la déterminer.

Rapprochant et coordonnant les symptômes les plus saillants, c'est-à-dire, l'anémie intense, la céphalée, la laryngo-trachéo-bronchite et l'éruption cutanéo-muqueuse, on n'hésite pas à les rattacher à la syphilis, avec complication d'une affection grippale légère.

Traitement. — Aujourd'hui, huile de ricin, 30 grammes. A partir de demain, trois pilules de sublimé de 1 centigramme chacune.

12 octobre. L'état général est très amélioré. Les forces sont revenues. La détermination bronchique est en bonne voie de guérison. Mais les plaques muqueuses de la gorge persistent, et la roséole s'accentue. La voix reste enrouée.

Même traitement.

Le 20. Etat général excellent. Plaques de la gorge presque effacées. Laryngite persistante. La roséole tend déjà à céder au traitement; les taches roses du début sont maintenant brunâtres. On porte la dose de sublimé à 5 centigrammes.

Le 22. Etat satisfaisant. La malade se plaint d'une constipation intense. J'insiste auprès de mon interne, M. Deguéret, pour qu'il surveille l'état des voies digestives et particulièrement la constipation. Celle-ci dénote fréquemment un trouble fonctionnel du foie; or, on sait que la bile est une voie d'élimination puissante des poisons métalliques : de là, l'indication de favoriser la sécrétion biliaire, chez les malades soumis au traitement mercuriel.

Le 25. Malgré la dose de 5 centigrammes de sublimé, une nouvelle poussée de roséole se produit. Cependant, la malade a recouvré ses forces; l'état général est aussi bon que possible. On la garde dans le service uniquement dans un but de prophylaxie. Vers les premiers jours de novembre, la poussée nouvelle de roséole tend à disparaître.

15 novembre. La malade nous déclare que, depuis la veille, elle a des frissons erratiques, de la céphalalgie, et que l'appétit lui fait totalement défaut. Elle ne se lève pas de la journée.

Le soir, son état s'aggrave; la fièvre s'allume : la nuit est agitée.

Le 16. T. M., 39°,3. Prostration assez marquée. Pâleur de la face. Traits grippés. La physionomie dénote une souffrance et un abattement intenses. La peau est sèche et brûlante, la langue saburrale, collante, presque desséchée.

En même temps, toux quinteuse, sans expectoration; dyspnée violente; on compte 40 respirations par minute. Chaque accès de toux réveille à droite un violent point de côté.

L'examen révèle à la base droite une zone étendue de submatité, avec râles crépitants et sous-crépitants, souffle tubaire intense mais peu étendu. Dans le lobe supérieur, on constate des signes de bronchite.

A gauche, sibilances et ronchus divers, avec localisation de râles muqueux à la base.

Les battements du cœur sont précipités; le pouls, sans arythmie, ni irrégularité, est à 132.

Une diarrhée intense a commencé la nuit précédente. Le foie et la rate sont augmentés de volume. L'urine rare, présente tous les caractères de l'hémaphéisme, avec indicanurie et albuminurie très considérables.

Le soir, la température s'élève à 41°,2.

Traitement : un large vésicatoire; potion de Todd avec 60 grammes d'alcool, et 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale en infusion; lait.

Le 17. L'adynamie s'accentue. Nous sommes en plein état typhoïde : la langue est grillée, les lèvres noires.

La dyspnée est intense : il y a 44 respirations par minute, avec tirage sus-sternal et voix éteinte. Dans sa stupeur, la malade laisse échapper les urines et les matières fécales.

Le souffle tubaire persiste à la partie inférieure du poumon droit. Un souffle plus doux s'entend à l'inspiration au niveau du lobe inférieur. Dans tout le reste de l'organe, râles sous-crépitants fins et gros râles humides. Du côté gauche, râles humides très fournis avec sibilances, mais absence de souffle. L'expectoration, presque nulle, est constituée par des crachats purulents, opaques, très denses.

L'ensemble de ces signes dénote un engorgement considérable des bronches et du parenchyme pulmonaire. On en infère qu'il existe une véritable paralysie bronchique qui vient singulièrement compliquer la broncho-pneumonie pseudo lobaire, dont notre malade est atteinte.

Le pouls, bien que plus fort et plus ample que la veille, est aussi précipité. P. 132.

Aussi, quoique la température se soit abaissée à 39°,5, ai-je porté le pronostic le plus grave, et cette appréciation était fondée à la fois sur l'état général et sur l'état local des poumons.

L'adynamie, la stupeur, l'état typhoïde, la sécheresse de la langue, la fréquence du pouls et des mouvements respiratoires, l'incontinence d'urine et des matières fécales, l'albuminurie intense, constituaient autant de signes de haute gravité, et du plus funeste augure. Car ils dénotaient une infection extrême, une intoxication profonde de l'organisme tout entier.

En tête de tous ces éléments de sombre pronostic, et les dominant, venait encore la paralysie des bronches qui mettait obstacle à l'hématose et devait entraîner, sauf l'improbable cas d'une rapide réaction, l'asphyxie à brève échéance.

Enfin deux raisons venaient encore assombrir le pronostic, à savoir l'existence, chez notre malade, de deux causes de moindre résistance, l'anémie et la syphilis.

Devant cette situation si compromise, nous tentâmes un dernier effort. La poitrine fut couverte de ventouses sèches; on commença immédiatement à faire respirer de l'oxygène, et, suivant la méthode qui a donné à mon maître M. Jaccoud de si retentissants succès dans le traitement de la pneumonie, je fis administrer le tartre stibié à dose rasorienne, soit 0,40 de tartre stibié dans 150 grammes d'eau, administrée par cuillerées à soupe d'heure en heure.

Sous l'influence de ce traitement, un semblant de détente parut se produire ; la température baissa de 40°,5 à 39°8; le pouls descendit un moment à 120; mais cette accalmie ne dura pas et vers le soir, la situation était tout à fait désespérée.

Le 18, la malade est en pleine asphyxie bronchique, sans connaissance, avec un pouls incomptable et 50 respirations. Elle mourut dans la soirée.

L'*autopsie* fut pratiquée trente-six heures après sa mort. En voici les résultats :

La plèvre droite contenait quelques cuillerées d'un liquide louche et épais. Au sommet, des adhérences fibrineuses l'unissaient au poumon. Au niveau de la plèvre diaphragmatique, ces adhérences étaient nettement fibrino-purulentes.

Le poumon droit présente, dans son lobe inférieur, les lésions classiques de la broncho-pneumonie à noyaux confluents, avec vacuoles purulentes en certains points. Il y a de l'atélectasie à la base du lobe supérieur, dans lequel on constate aussi l'existence d'un noyau de broncho-pneumonie. Tout le reste du poumon est, d'ailleurs, le siège d'une intense congestion.

A gauche, légère exsudation fibrineuse pleurale ; congestion pulmonaire, sans trace de noyaux indurés.

Les muqueuses trachéale et bronchique ont une couleur d'un rouge si intense, presque écarlate, qu'il est difficile de n'y voir qu'une simple imbibition cadavérique.

Le larynx est entièrement congestionné, dans toute l'étendue de sa muqueuse. Les cordes vocales sont rouges et épaissies, au point que l'entrée des ventricules en paraît comme oblitérée. En outre, sur les bords libres des cordes vocales existent des ulcérations à bords peu saillants, dont le fond granuleux est fortement injecté.

Le péricarde était sain. Le myocarde, normal comme épaisseur et coloration, ne présentait d'autre altération que de minimes tractus jaunâtres au niveau des piliers du cœur gauche, indice d'une myocardite commençante. Sur la valvule mitrale, deux taches blanchâtres, d'apparence récente. Des taches semblables occupent la face ventriculaire des valvules aortiques. On voit aussi dans l'aorte quelques plaques d'aortite récente.

Rien à noter dans le cœur droit.

Quant au foie, il est très gros, jaunâtre ; il graisse le couteau. Il offre absolument l'apparence du foie infectieux. Il en est de même de la rate qui pèse le poids énorme de 680 grammes, qui est violacée, molle, diffluente, comme dans les états morbides où l'organisme a été le siége d'une infection suraiguë.

Les reins, assez volumineux, sont congestionnés.

Sur le tube digestif, on ne remarque rien de particulier. Le pancréas est très rouge. Il n'existait dans l'encéphale aucune altération macroscopique.

III

M. Achalme voulut bien examiner, au point de vue bactériologique, le liquide séro-purulent contenu dans la plèvre et le pus broncho-pulmonaire.

Voici la note qu'il m'a remise :

A l'examen microscopique direct sur lamelles colorées au bleu composé de Roux :

1° Liquide séro-purulent pleural.

Streptocoques en courtes chaînettes de 3 ou 4 articles situés en dehors des globules blancs ;

2° Suc broncho-pulmonaire.

I. Streptocoques de même apparence.

II. Diplocoque non encapsulé différent du pneumocoque et se rapprochant de celui que Kirchner a décrit dans la grippe et que j'ai trouvé d'une manière constante dans plus de 30 cas de grippe avec autopsie lors de l'épidémie de 1889-90.

Des cultures ont été faites avec le liquide pleural, le pus des petites bronches et le suc pulmonaire.

L'ensemencement sur plaques d'agar du liquide pleural et du suc pulmonaire a donné les résultats suivants :

Liquide pleural.

Très nombreuses colonies de streptocoques.

Colonies discrètes blanc opaque formées par le diplocoque sur les caractères duquel nous allons revenir.

Suc pulmonaire et muco-pus bronchique.

Colonies nombreuses de streptocoques.

Très nombreuses colonies blanc opaque confluentes par places.

Colonies clairsemées de staphylocoque doré.

Ces microbes isolés ont présenté les caractères suivants :

Sur les différents milieux, gélatine, sérum, bouillon, le streptocoque a présenté les caractères du streptocoque du pus et de l'érysipèle, avec une tendance un peu moins grande à former de très longues chaînettes.

Il s'est montré pathogène pour les souris qu'il tue et pour les lapins auxquels il donne un érysipèle circonscrit.

Les colonies de staphylocoque doré ne présentent rien de particulier.

Les volumineuses colonies blanc opaque sont formées par un diplocoque légèrement mobile. Les cultures par piqûre forment un clou à tête volumineuse. Sur bouillon, il produit un trouble homogène et un léger voile à la surface.

L'ensemble général de ses caractères le rapproche du pneumo-bacille de Friedlaender. Au point de vue de l'aspect général

des cultures, on ne peut néanmoins l'identifier à ce microbe, en raison de la constance absolue de la forme sphérique sur les lamelles et les cultures, et de l'absence de capsule colorable.

On peut plus facilement le rapprocher du diplocoque décrit par Kirchner comme spécifique de la grippe. Il présente, en effet, les mêmes caractères sur les lamelles et les cultures qu'un diplocoque que nous avons rencontré d'une manière constante dans toutes les affections thoraciques grippales (pneumonie, pleurésies purulentes, péricardites) pendant l'épidémie de 1889-1890.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE

L'INOCULABILITÉ DU CANCER

Un récent et important mémoire de MM. Duplay et Cazin ramène l'attention sur la question toujours pendante de la nature du cancer. Précédemment nous avons déjà présenté quelques considérations sur cette question, une des plus difficiles de la pathologie, une de celles dont la solution est le plus désirable, ne fût-ce qu'au point de vue de l'établissement d'une prophylaxie et d'une thérapeutique rationnelle. En effet, aussi longtemps qu'elle restera indécise, le traitement du cancer sera nécessairement restreint à une sorte d'empirisme, incompatible avec le besoin de précision et d'exactitude qui caractérise la science moderne; même l'intervention chirurgicale, qui souvent prononce en dernier ressort, n'est en réalité qu'une solution violente et légèrement brutale, qui laisse subsister tous les problèmes que soulève l'étude de la maladie. Aussi doit-on encourager les travaux qui ont pour but de dissiper une ignorance regrettable et de faire cesser l'état d'infériorité qui en résulte. Malheureusement ces recherches sont restées jusqu'à présent à peu près stériles, et les conclusions positives hasardées çà et là se trouvent frappées d'opposition et comme infirmées par les résultats généralement négatifs que des observateurs dignes de foi ont rapportés de divers côtés, à l'étranger aussi bien qu'en France.

Laissant de côté cette fois la question de l'origine microbienne et parasitaire du cancer, question déjà antérieurement traitée dans ce journal, nous nous attacherons seulement à celle de l'*inoculabilité*, que différents expérimentateurs se sont récemment efforcés de résoudre. C'est précisément cette dernière qui a fourni le sujet du mémoire de MM. Duplay et Cazin, mémoire qui marquera certainement une date parmi les documents relatifs à l'histoire générale des affections néoplasiques. Avant d'exposer leurs propres expériences, les auteurs ont cru devoir rappeler celles qui ont été faites antérieurement par d'autres observateurs également compétents et dont l'opinion semble devoir faire autorité en la matière. Ces expériences offrent entre elles une grande ressemblance, et dès lors les résultats en sont légitimement comparables. Les expérimentateurs se sont attachés uniformément à inoculer chez des animaux des fragments de tissus cancéreux prélevés sur l'homme ou sur des animaux d'espèces plus ou moins voisines. Or, il ne semble pas que l'on ait obtenu dans un seul cas la reproduction sur place et la pullulation de la tumeur primitive. En d'autres termes, on n'a pas observé un fait de *greffe* véritable. Quelques expérimentateurs ont bien cru constater un résultat positif, mais, d'après MM. Duplay et Cazin, il y aurait là une erreur d'interprétation, qui tiendrait à ce que l'on a pu confondre de simples lésions inflammatoires, pareilles à celles que peut provoquer un corps étranger quelconque, avec un véritable nodule cancéreux. Même Klebs, qui prétend avoir retrouvé augmentés de volume des fragments de carcinôme inclus dans la cavité péritonéale chez des rats, doit reconnaître que, dans aucun cas, il n'a observé de généralisation. En réalité, toutes ces expériences déjà anciennes aboutissent à une signification négative, qui devra être maintenue jusqu'à nouvel ordre, en dépit des objections qui pourraient lui être opposées et dont la principale est tirée de l'imperfection des procédés techniques usités pour ces recherches, en particulier de l'absence des précautions antiseptiques indispensables à la réussite. Aussi, MM. Duplay et Cazin n'ont-ils cité celles-ci que pour mémoire, et comme pour montrer tout ce qu'il reste à découvrir dans l'ordre de faits qu'elles consacrent.

Les expériences qu'ils ont instituées à leur tour ont au moins l'avantage d'échapper à toute critique concernant la forme, car elles ont été entourées de toutes les précautions exigibles en pareil cas. Pour multiplier les chances de succès, les expérimentateurs ont pris soin de varier autant que possible les méthodes employées par leurs prédécesseurs. C'est ainsi que, dans une première série, l'inoculation de produits cancéreux provenant de l'homme a été pratiquée sur des animaux d'espèces diverses, lapins, cobayes, et, en particulier sur des chiens âgés qui paraissent offrir une prédisposition spéciale au développement des néoplasies. Pour ces inoculations, on faisait choix de cancers épithéliaux, de préférence au sarcome et au lymphadénome, qui ne viennent qu'au deuxième rang dans l'échelle de malignité.

Or, le résultat de cette première série de recherches, considéré dans son ensemble, a été uniformément négatif : dans aucun cas, les observateurs n'ont vu les greffes continuer à vivre, encore moins à proliférer et à s'étendre. Invariablement on constatait, après un certain laps de temps, la mort histologique des éléments inoculés. Les phénomènes de prolifération observés à leur niveau provenaient purement et simplement de la réaction inflammatoire des tissus voisins irrités par la présence de ce corps étranger. Voilà donc un premier groupe de faits qui milite puissamment contre la notion d'inoculabilité, et partant contre la théorie parasitaire, dont cette notion n'est, à vrai dire, qu'une conséquence logique, et, en quelque sorte, une dérivée.

La deuxième sorte d'expériences, qui ne renferme pas moins de 18 observations, entraîne à peu de chose près les mêmes conclusions. Pourtant les expérimentateurs s'étaient placés dans des conditions particulièrement favorables, en pratiquant les inoculations d'animal à animal et, de préférence, sur des animaux de même espèce que ceux auxquels la matière d'inoculation avait été empruntée. Or, pas plus dans cette deuxième série que dans la première, MM. Duplay et Cazin n'ont obtenu la reproduction et la multiplication des parcelles cancéreuses inoculées. C'est là un résultat purement négatif, qui vient infirmer les faits positifs annoncés à différentes reprises par des expérimentateurs allemands. Il est vrai que ces derniers faits sont en fort petit nombre, ce qui enlève nécessairement quelque chose de leur importance. Toujours est-il que les observateurs français ont échoué uniformément, et

la méthode rigoureuse qui a présidé à leurs recherches donne à cette constatation une valeur à peu près décisive.

Est-on dès lors en droit de formuler une conclusion définitive, et doit-on considérer comme résolue dans le sens négatif la question de l'inoculabilité du cancer, question si intimement liée à celle de la nature de cette maladie? Ce serait peut-être dépasser la limite des affirmations permises, et nous devons imiter ici la réserve de MM. Duplay et Cazin qui ont cru devoir ajourner leur jugement et faire appel à des recherches ultérieures, avant de trancher cet important problème de pathologie générale. Comme ils le font remarquer avec raison, toute conclusion qui ne s'appuie que sur des faits négatifs, si nombreux qui puissent être ces derniers, tombe d'elle-même devant un seul fait positif. Il peut donc arriver un jour pour le cancer ce qui est arrivé pour la tuberculose dont l'inoculabilité, longtemps contestée, est passée maintenant à l'état de dogme scientifique. Et l'on est amené ainsi à penser que la solution du problème visé n'est peut-être qu'une affaire de temps, où même une simple question de perfectionnement dans les procédés techniques employés jusqu'à ce jour.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

L'ÉTIOLOGIE DE LA DIPHTÉRIE

L'étiologie de la diphtérie a fait un pas décisif le jour où Lœfler a réussi à isoler le micro-organisme pathogène de cette maladie. Cette découverte, complétée par celle des toxines que sécrète la bactérie en question, toxines qui, en pénétrant dans le sang, produisent les accidents généraux de l'infection diphtéritique, a déjà reçu des applications diverses, profitables à la pathologie et à la thérapeutique. Sans compter qu'elle a mis les bactériologues sur le chemin d'une autre découverte qui ne saurait se faire longtemps attendre, celle d'un vaccin permettant de conférer l'immunité contre la diphtérie, à ceux qui sont menacés des atteintes de ce redoutable mal au sein d'un foyer épidémique, permettant peut-être d'enrayer la maladie en cours d'évolution, grâce à la neutralisation des toxines déversées dans le sang par la bactérie pathogène. Dans deux précédentes revues (*Gazette médicale*, 1890, n° 18. p. 210 et n° 50, p. 594), j'ai montré à quel degré d'avancement était parvenue la solution de ce problème.

Une autre application de la découverte de Lœfler est relative au diagnostic de la diphtérie, et cette question de diagnostic est étroitement liée à la question de prophylaxie. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, un des plus sûrs moyens de réaliser la prophylaxie de la diphtérie, consiste à circonscrire étroitement le mal là où il existe, à pratiquer l'isolement rigoureux des malades atteints de la diphtérie, sans négliger bien entendu la désinfection minutieuse de tout ce qui vient en contact plus ou moins immédiat avec les foyers diphtéritiques. Or, sous le nom de diphtérie, ou plus exactement sous le nom d'angine diphtéritique on a confondu et on confond encore des affections très dissemblables de l'arrière-gorge, qui ont pour caractère commun et trompeur la formation de produits membraniformes au siège du mal. Il est des angines pseudo-membraneuses bénignes pour ceux qui en sont atteints, et peu transmissibles; elles ne réclament évidemment par les mesures de prophylaxie qui s'imposent dans un cas de diphtérie vraie, maladie aussi contagieuse que meurtrière. Comment distinguer ces cas les uns des autres? C'est évidemment par l'examen bactérioscopique. Il appartenait aux cliniciens de contrôler si cet examen avait la portée pratique que lui assignent les bactériologues. C'est à ce point de vue que la question de l'étiologie de la diphtérie a été envisagée par M. Baginski, dans une communication adressée à la Société médicale de Berlin (3 et 10 février 1892), et qui a fait l'objet d'un long et intéressant débat.

M. Baginski a rappelé en peu de mots les critériums indiqués par Lœfler, comme devant servir à reconnaître le micro-organisme pathogène de la diphtérie : il s'agit d'un bacille de grandeur moyenne, renflé en massue à ses extrémités, qui se laisse imprégner par les couleurs d'aniline, mais par places seulement. Ce bacille est doué d'une grande virulence, qui se manifeste surtout quand on l'inocule à des cobayes. Quand on l'ensemence dans du bouillon, il forme des cultures grumeleuses; à un certain moment, le milieu de cultures maintenu dans ce bouillon prend une réaction acide et renferme des toxines. On a constaté, d'autre part, que les animaux inoculés avec ces produits de culture périssent après avoir présenté des manifestations tout à fait caractéristiques, œdèmes hémorrhagiques, exsudat pleural hémorrhagique, paralysies motrices tardives, algidité pendant la période terminale.

Que si on examine au microscope le produit de raclage d'une membrane diphtérique, on trouve ces bacilles spécifiques confondus avec des espèces très variées de microcoques. Mais quand, par le raclage, on enlève des couches plus profondes des dépôts diphtéritiques, on obtient les bacilles spécifiques à l'état presque pur, surtout si on les ensemence dans du sérum sanguin. La croissance de ce bacille est tellement rapide, qu'on obtient des cultures déjà dix heures après l'ensemencement.

M. Baginski a procédé à cet examen bactérioscopique dans 154 cas de diphtérie. Il a découvert le bacille spécifique dans 118 cas, dont 45,38 % se sont terminés par la mort. Dans 39 cas, on a constaté des paralysies diphthériques plus ou moins graves; dans 17 cas, des accidents septiques. Dans 44 cas, il a fallu procéder à la trachéotomie; 29 cas seulement ont évolué sans complications.

Le pronostic, jugé d'après la fréquence des complications et de la terminaison fatale, s'est présenté tout autre dans les cas où, la maladie ayant toutes les apparences de la diphtérie, l'examen bactérioscopique du produit de raclage des fausses membranes n'a pas fait découvrir le bacille spécifique. Ces cas ont été au nombre de 36, dont 4 se sont terminés par la mort. Dans un seul il existait des phénomènes de paralysie, au moment où le malade est entré à l'hôpital, et il a semblé qu'il s'agissait d'un cas de diphtérie vraie ayant terminé son évolution. Un autre cas se compliquait d'une rougeole, et le malade a été emporté par une pneumonie. Deux autres malades sont morts d'un empyème double, après avoir présenté des symptômes de septicémie. Ces faits démontrent que les micro-organismes qui donnent naissance à de simples pharyngites diphtéroïdes, sont également susceptibles d'une certaine malignité.

En somme, M. Baginski distingue deux espèces d'affections pharyngées caractérisées par des productions membraneuses, essentiellement distinctes eu égard à leur gravité, à savoir : une première espèce qui se rapporte à la diphtérie vraie, et qui reconnaît pour cause le bacille de Lœfler; — et une seconde, relativement bénigne, qui donne lieu à la formation de

produits membraniformes dans lesquels on ne rencontre jamais le bacille en question. Cette seconde espèce est beaucoup moins transmissible, moins contagieuse que l'autre, et c'est en cela que réside surtout l'importance pratique de cette distinction. Au point de vue de la prophylaxie, il y a un grand intérêt à savoir si un cas de pharyngite se rattache à l'une ou l'autre des deux espèces morbides en question.

Pour faciliter cet examen bactérioscopique, M. Baginski a imaginé un petit incubateur, qui est chauffé au moyen d'une lampe à pétrole, et qui est muni d'une provision de sérum sanguin; bref cet appareil portatif permet de faire extemporanément l'examen bactérioscopique des fausses membranes diphtéritiques ou diphtéroïdes.

Sous le nom de diphtérie chronique ou de rhinite pseudo-membraneuse on a décrit des cas qui comportent en général un pronostic peu grave. Cependant les recherches de M. Baginski démontrent que ces cas se rattachent à la diphtérie vraie. En effet, dans deux cas de cette nature, l'examen bactérioscopique des produits pseudo-membraneux a fait constater la présence du bacille de Lœfler. Ces produits, inoculés à des animaux, ont communiqué à ceux-ci une diphtérie expérimentale mortelle. Ces résultats établissent suffisamment la transmissibilité de la forme de diphtérie en question.

Par contre, dans tous les cas de diphtérie scarlatineuse où il a pratiqué l'examen bactérioscopique, M Baginski a trouvé exclusivement de simples coccus et jamais le bacille de Lœfler.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CHIRURGIE DES MEMBRES

De la disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus, par Bergès. — Th., Paris.

La disjonction de l'extrémité supérieure de l'humérus se distingue de la luxation par le raccourcissement du bras, la facilité de ses mouvements, l'absence de dépression de l'épaule; et de la fracture du col, par la saillie du fragment inférieur à la partie antéro-interne du bras et la crépitation cartilagineuse. Pouvant se terminer soit pour la soudure cartilagineuse soit par pseudarthrose, elle réclame l'immobilisation du bras et l'application d'un appareil à extension continue.

L'inflammation septique, l'issue des fragments, l'ankylose, sont des complications qu'il faut prévoir et qu'il pourra être nécessaire de traiter par des résections ou autres interventions importantes.

De la luxation du radius compliquant les fractures du tiers supérieur du cubitus, par G. Stanciulescu. — Th. Paris.

Le même traumatisme peut occasionner et la fracture du cubitus et la luxation du radius, mais cette dernière peut aussi être la conséquence de la première et résulter, soit d'un cal proéminent, soit d'une pseudarthrose avec raccourcissement de l'os. En raison de la contracture des muscles de l'avant-bras, qui existe presque toujours dans ces cas, le radius est repoussé en haut et en dehors, tendant ainsi à se luxer dans cette direction.

Le traitement doit tenir compte de ces notions pathogéniques. Tandis, en effet, qu'une luxation primitive nécessite avant tout la réduction puis l'immobilisation du bras et de l'avant-bras dans un appareil plâtré prenant le membre supérieur depuis le haut jusqu'à l'extrémité des doigts, la luxation secondaire à une mauvaise consolidation de la fracture réclame le redressement de l'os mal consolidé, l'ablation du cal proéminent.

Mais ce qu'il faut chercher par tous les moyens à obtenir, même par une arthrotomie, c'est la remise en place de la tête osseuse. Mieux vaudrait la réséquer, si la réduction et la contention se trouvaient impossibles.

De la suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane, par A. M. J. Gigon. — Th. Paris

La fracture de l'olécrane étant très comparable à celle de la rotule, on a songé à lui appliquer le même traitement chirurgical, la suture osseuse. Peu dangereuse, si elle est faite avec les précautions antiseptiques, cette opération est plus particulièrement applicable aux cas de fracture ancienne avec long cal fibreux. Elle convient encore aux fractures récentes avec plaie.

Le bras, immobilisé en extension dans un appareil plâtré fenêtré au niveau de la blessure, sera attentivement surveillé. Des mouvements passifs devront être imprimés à l'articulation du coude dès la quatrième semaine.

De la scapulalgie (scapulo-tuberculose), son traitement par la résection, par P. Dulac. — Th. Paris.

La scapulalgie est la tumeur blanche de l'épaule comme la coxalgie est la tumeur blanche de la hanche. Néanmoins certains auteurs appliquant le mot scapulalgie, et cela conformément à la signification étymologique du mot, au symptôme douleur que l'on retrouve dans toutes les affections inflammatoires ou nerveuses de la région scapulo-humérale, M. Dulac adopte le terme non équivoque de scapulo-tuberculose, proposé par M. Lannelongue.

La scapulo-tuberculose est rare à tout âge mais surtout dans l'enfance, à l'inverse de ce qui s'observe pour la coxo-tuberculose. La douleur en est le grand signe avant-coureur. Ce qui frappe aussi c'est l'atrophie de l'épaule. Le gonflement vient ensuite, il est dû aux fongosités et au pus de l'article.

Le diagnostic est souvent difficile et l'affection peut être confondue avec les arthrites aiguës ou chroniques, le rhumatisme, l'ostéomyélite, l'ostéo-sarcome, les kystes hydatiques.

On devra s'efforcer de calmer la douleur, d'exercer une compression suffisante, de maintenir le membre dans une bonne position. Mais si la suppuration démontre la marche envahissante de l'infection bacillaire, la résection s'imposera comme unique et salutaire ressource.

Contribution a l'étude de la luxation des tendons des muscles péroniers latéraux; traitement (procédé Lannelongue), par L.-B. d'Herlinville. — (Th. Paris.)

La luxation des tendons des muscles péroniers latéraux est une affection rare. Elle reconnaît comme causes le traumatisme et la contraction musculaire exagérée, aidés par le défaut de résistance de la gaine et un effacement de la saillie musculaire.

Facile à réduire, elle est malaisée à maintenir aussi M. Lannelongue a-t-il eu l'idée de recourir à un procédé d'autoplastie périostique, en créant une saillie osseuse capable de maintenir dans une situation anatomique normale les tendons réduits.

Que donnera cette opération? C'est ce qu'en raison de son application trop récente il serait difficile de dire.

Ruptures des tendons sus et sous-rotuliens; traitement par la suture, par Hervé. — (Th. Paris.)

L'auteur ayant eu l'occasion, pendant son internat à l'hôpital d'Orléans, de voir deux cas de rupture par arrachement du tendon du quadriceps et du ligament large, traités avec succès par la suture, étudie le rôle qu'en pareil cas cette dernière doit être appelée à remplir. Justifiée dans les ruptures récentes, elle est surtout indiquée dans les ruptures anciennes et dans celles où l'écartement des extrémités rompues est considérable.

Grâce à l'antisepsie, la suture est une opération bénigne qui facilite le rétablissement fonctionnel du membre sans raideur de l'articulation, ni atrophie musculaire.

Fractures des os du tarse, par A. Ballenghien. — (Th. Paris.)

Si les entorses tibio-tarsiennes sont de connaissance vulgaire, si les fractures malléolaires relativement fréquentes ont été l'objet d'études et de critiques complètes, les fractures des os du tarse paraissent, en revanche, avoir peu attiré l'attention. Et cependant des lésions de ce genre exigent des soins prolongés et se terminent quelquefois par l'impotence du membre.

Ce sujet, un peu vierge d'explorations, a tenté l'activité de M. Ballenghien. Combinant les recherches bibliographiques aux investigations cliniques et aux données expérimentales, il a écrit, sous l'inspiration de M. Duret, un travail bien nourri, bien conçu, qui fait le plus grand honneur à l'élève et au maître.

Les os du tarse ne sont pas tous également vulnérables : le plus fragile par son volume et sa situation, c'est le calcanéum. Il est également le plus exposé aux violences qui agissent sur l'arrière-pied. Dans les chutes des lieux élevés, cet os cède le plus souvent. Parfois aussi le calcanéum et l'astragale sont simultanément fracturés. Il est enfin des cas où le corps de l'astragale, pourtant d'une solidité remarquable, est seul brisé.

L'éclatement de la petite apophyse est le premier stade de la fracture par écrasement du calcanéum. La grosse apophyse et la portion adjacente de la grande facette articulaire ne cèdent qu'en second lieu. Le broiement général de l'os s'observe plus rarement.

Tout en réservant le pronostic, en ce sens que le fonctionnement du pied peut être compromis pendant des mois, quelquefois toute la vie, il convient de recourir au massage précoce et aux antiphlogistiques.

Quant à l'astragale, les lésions que l'on observe habituellement consistent dans le décollement de l'épiphyse et la fracture de l'apophyse postérieure de l'os.

Plus graves généralement que les fractures du calcanéum, les fractures de l'astragale doivent être traitées par la réduction et l'immobilisation. Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Contre le coryza, la céphalalgie et les petites crises d'asthme au début (Caupard) :

Chlorh. de cocaïne..........	0 gr. 15
Menthol.....................	0 — 25
Acide borique...............	2 —
Poudre de café torrifié et pulv. finement..........	0 — 50

Cinq à six prises nasales par jour.

(*Gaz. des hôpitaux* 1892, n° 21.)

Traitement du coryza aigu.

Salol.....................	1 gr.
Acide salicylique.........	0 — 20
Tannin....................	10 —
Ac. boriq. pulv...........	4 —

Priser une pincée par chaque narine, au début du coryza et renifler fortement.

(*Med. moderne*, 1892).

Il y a quelquefois avec cette poudre un peu d'irritation autour des narines, on peut employer également alors la suivante, mais qui est moins active :

Poudre de talc............	5 gr.
Antipyrine................	1 —
Ac. boriq. pulv...........	2 gr.
Ac. salicylique...........	0 gr. 25

(Id.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet de la Commission du Sénat

(*Suite et fin*).

ARTICLE 28.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de *leur profession* **peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :**

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi;

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, peuvent être exclus à toujours de tous les établissements d'enseignement supérieur de l'État et ne peuvent recevoir aucun diplôme, lors même que leurs études seraient complètement terminées.

La peine de l'exclusion sera prononcée par le Conseil académique, sauf recours au Conseil supérieur de l'instruction publique, dans les conditions de la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue *d'exercer les professions visées au présent article.*

Le texte de la Chambre portait, au premier paragraphe, « dentiste *autorisé*. » Sur notre observation que ce dernier mot pouvait, à tort, laisser supposer que l'article 28 n'était applicable qu'aux dentistes diplômés, cette expression a disparu, et il n'est plus douteux qu'il s'étend même aux dentistes non diplômés.

(1) Voir les numéros 1, 2, 3, 5, 6, 7 et 8.

Tout en reconnaissant que les gens condamnés pour crimes, et même pour un grand nombre de délits, ne sont généralement guère dignes d'intérêt, nous faisions ressortir, dans notre premier commentaire, la gravité de la mesure édictée par l'article 28 et ses dangers possibles.

La commission de la Chambre avait, elle-même, cru devoir écarter cette proposition qui émanait du gouvernement. Il convient d'éveiller, à cet égard, toute l'attention du Sénat. Ne conviendrait-il pas, au moins, de restreindre la suspension et l'interdiction aux crimes, et aux délits qui n'ont pu être commis que dans l'exercice même de la profession?

Mais la situation s'aggrave encore, avec le projet de la commission du Sénat, qui étend la mesure aux étudiants. Priver d'exercer ceux qui ont été condamnés pour les faits dont s'agit, peut, parfois, se justifier par l'intérêt public, mais priver, à toujours, de se régénérer ou se consoler dans l'étude, ceux qui auront commis une faute, d'ailleurs généralement au début de la vie, n'est-ce pas encore bien excessif? Quoi qu'il en soit, il suffisait d'appliquer les peines sévères déjà édictées par l'article 29 du décret du 30 juillet 1883, sur le régime des Facultés et Ecoles supérieures, dont on paraît avoir ignoré l'existence, et aussi certaine jurisprudence du Conseil d'Etat que nous avons signalée dans le « *Code des médecins* » de laquelle il résulte que le ministre de l'Instruction publique aurait le droit, par décret rendu en Conseil d'État, de refuser de ratifier *la réception* d'un candidat condamné par la juridiction pénale (V. *Code des médecins*, p. 17 et 283.)

Enfin, il est à remarquer que la faculté d'interdiction ou exclusion de tous établissements d'enseignement supérieur de l'État est confiée non plus à la justice qui prononce la peine principale, mais au Conseil académique, avec appel au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Quant aux articles 316, 331 et 332 du Code pénal, nous l'avions déjà fait remarquer, le 2° de l'article 28 les cite bien inutilement, puisqu'ils n'ont trait qu'à des crimes et que le 1° s'en réfère déjà à tous les crimes comportant peines afflictives ou infamantes.

Disons aussi que par suite de l'addition du paragraphe relatif aux étudiants, il faudrait ajouter au dernier paragraphe de l'article 28 ces mots : « *non plus que l'exclusion des établissements d'enseignement* ».

ARTICLE 29.

L'exercice de *leur profession* par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 18, 19, 20, 21 et 22 de la présente loi.

Ici il y a encore des erreurs manifestes de numérotage et de référence à rectifier. Il paraît d'abord absolument superflu de se référer à l'article 18 qui ne prononce aucune pénalité.

Quant aux articles 19 et 20, on sait qu'ils ont trait l'un à l'exercice illégal simple, l'autre à l'exercice avec usurpation de titre. On comprend à la rigueur cette double référence de notre article 29, mais seulement en ce qui concerne ceux qui, n'étant pas docteurs en médecine, viendraient à usurper, en outre, un titre qu'ils n'auraient pas ou qui ne serait pas compris dans celui qu'ils possèdent déjà. Il semble bien difficile d'admettre, en effet, que le législateur ait entendu punir, non seulement pour exercice illégal simple, mais encore pour usurpation de titre, ceux qui exerceraient, au mépris de l'article 29, en prenant un titre qu'ils posséderaient, en somme, réellement.

A l'égard des articles 21 et 22 relatifs, le premier aux médecins étrangers qui prennent le titre de docteurs sans en indiquer l'origine, le second à ceux qui ne font pas la déclaration des maladies épidémiques, il n'y avait certainement pas lieu de les citer ici.

Le projet de la Chambre contenait, quoique sous des numéros différents, exactement les mêmes erreurs que nous avions déjà signalées.

« L'exercice de leur profession » remplace « l'exercice de la médecine » du texte précédent; ce qui a le même sens.

TITRE VI. — *Dispositions transitoires.*

Dans le projet voté par la Chambre, les dispositions transitoires n'étaient pas ainsi réunies sous un titre spécial, mais étaient éparses dans la loi.

ARTICLE 30.

Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant la promulgation de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Cette disposition nouvelle répond à cette préoccupation que faisait valoir notre premier commentaire : quel sera le sort des autorisations accordées, par le Gouvernement, en vertu de l'article 4 de la loi de ventôse, à des médecins étrangers, d'exercer la médecine en France? On pourrait peut-être même se demander, ajoutions-nous, quelle sera la valeur des diverses conventions internationales qui ont réglé l'admission réciproque, à l'exercice de leur art, des médecins et sages-femmes, dans les communes limitrophes de la France. Nous estimions que la loi nouvelle annulait, si ce n'est l'effet des conventions internationales créant des droits acquis, du moins les simples autorisations gouvernementales précédemment accordées. L'article 30 tranche la question en maintenant toutes les autorisations antérieures, sans exception, *dans les conditions où elles ont été accordées*. Nous nous demandions encore si le gouvernement pourrait ultérieurement consentir ou renouveler lesdites conventions internationales relatives aux médecins de frontières. Cette question n'est point résolue par le nouvel article. Il est vrai qu'elle n'a qu'un intérêt relatif, puisqu'il paraît exister, aujourd'hui, des conventions avec tous les pays limitrophes, sauf l'Allemagne.

« A partir de la promulgation de la loi » porte l'article 30. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer plus haut, n'oublie-t-on pas que l'article 36 ci-après stipule que la loi ne sera applicable qu'un an après sa promulgation, ou bien l'article 30 a-t-il été ainsi rédigé avec intention?

ARTICLE 31.

Les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 33 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République.

Nous renvoyons à l'observation déjà présentée sous l'article 8 ci-dessus. Plusieurs des articles précédents parlent des officiers de santé, alors que l'article 1er en implique la suppression. Pour éviter l'étonnement qui en résulte, il faudrait donc placer, après l'article 1er, une disposition ainsi conçue : « l'officiat est supprimé, sauf toutefois le maintien transitoire des officiers de santé par l'article 31 ci-après ».

Ici se rencontre une modification profonde et au projet de la Chambre et à la loi de ventôse elle-même. La disposition qui obligeait les officiers de santé à se faire assister d'un

docteur, hormis le cas d'urgence, pour les grandes opérations, a totalement disparu. Officiers de santé transitoirement maintenus et docteurs auront donc, dorénavant, exactement les mêmes droits: C'est intentionnel sans doute. On sait du reste qu'aujourd'hui leurs études sont à peu près les mêmes que celles des docteurs, et c'est même l'un des arguments mis en avant pour leur suppression.

C'est après une grande hésitation, et après avoir consulté tous les conseils généraux de France, que la Commission du Sénat s'est décidée à maintenir, pour l'avenir, la suppression de l'officiat. La majorité des Conseils a été favorable à cette solution. Est ce de la bonne besogne? N'est-ce pas encore, du moins dans une certaine mesure, subordonner l'intérêt bien entendu des populations à une question politique ou électorale, comme on ne le fait que trop fréquemment?

ARTICLE 32

Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine; 2° *un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires pourra obtenir le diplôme de dentiste.*

Le 2° de cet article, qui ne figurait pas au projet de la Chambre, est d'une utilité contestable, les conditions exigibles des dentistes diplômés étant essentiellement différentes de celles exigibles des docteurs. Pour les officiers de santé désirant devenir docteurs, la discussion de la loi nous apprend, en effet, qu'il y aura lieu de déterminer, par le règlement prévu, le nombre d'années d'exercice de la médecine à exiger, le nombre d'examens supplémentaires à passer, ainsi même que la valeur des inscriptions déjà prises en vue de l'officiat et la question du baccalauréat. La plupart de ces difficultés ne sauraient se présenter pour les simples dentistes transitoirement maintenus qui n'auront vraisemblablement jamais qu'un ou deux examens à passer, sans aucune condition de scolarité a-t-on déclaré. Quant à la durée d'exercice préalable, n'est-elle pas fixée, aujourd'hui, au delà suffisamment long de deux années, par l'article 34 ci-dessous.

Enfin il serait bon de libeller, comme suit, notre 2°, s'il est maintenu: « un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires *ci-après* », puisqu'il n'a pas encore été parlé de cette catégorie de dentistes.

ARTICLE 33

Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

« Au moment de la promulgation » porte notre article. Ici encore est-ce intentionnel, ou a-t-on oublié le délai supplémentaire d'une année imparti par l'article 36. Nous pensons que c'est intentionnel, et que le législateur aura, cette fois, voulu supprimer les études pour l'officiat, à compter du jour même où la loi sera officiellement connue, par sa promulgation.

ARTICLE 34

Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, de *deux* **années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.**

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Il faut s'en référer aux observations présentées sous l'article 2 ci-dessus où nous avons déjà dit qu'il résultait du rapprochement des deux textes actuels que, si l'anesthésie générale seule, sans l'assistance d'un docteur ou officier de santé, était interdite aux dentistes diplômés, l'anesthésie soit générale soit même locale paraissait défendue aux dentistes transitoirement maintenus, fût-ce avec l'assistance d'un docteur ou officier de santé.

La commission du Sénat exige, on le voit, deux années d'exercice au lieu d'une seule. A-t-on voulu dire deux années au jour de la promulgation, ou au jour du délai supplémentaire d'une année dont parle l'article 36, ce qui ferait trois années dans la première hypothèse et deux dans la seconde? Il conviendrait de s'en expliquer clairement.

La disposition relative aux dentistes militaires, qui constituait l'article 7 du projet voté par la Chambre (disposition soi-disant patriotique), a disparu du projet du Sénat, conformément à notre proposition.

C'est après l'article 34 qu'il serait logique de faire venir l'article 32.

ARTICLE 35

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Cet article est bon à supprimer, puisque l'article 3 ci-dessus conserve déjà les sages-femmes de 1re et de 2e classe. Il n'y a pas plus à maintenir transitoirement les sages-femmes que les docteurs anciennement reçus.

ARTICLE 36

La présente loi est applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

Nous avons déjà fait connaître, en tête de cette étude, la raison d'être de cette disposition nouvelle, ainsi que ses effets répercussifs sur les articles précédents.

ARTICLE 37

La présente loi est applicable à l'Algérie et aux Colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Nous avons déjà fait remarquer, en temps, que cette disposition ne concerne pas les pays de Protectorat où l'exercice de la médecine demeure soumis à la réglementation locale, quand il n'est pas absolument libre.

ARTICLE 38

Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Ainsi il ne reste plus rien de la loi de ventôse. L'abrogation de l'article 27 de la loi de germinal a ici une raison d'être qu'elle n'avait pas dans le projet de la Chambre, puisque l'article 11 réglemente à nouveau, aujourd'hui, la vente des médicaments, par les médecins, dans les localités dépourvues d'officine.

En terminant ce nouveau commentaire, nous croyons utile de le répéter, la nouvelle loi ne deviendra applicable que le jour ou seront effectuées les rectifications que nous avons indiquées ci-dessus, avec le plus grand soin, sous chacun des articles.

Il faut dire, en outre, que le projet nouveau qui est divisé

en six titres au lieu de trois, tout en étant mieux réglé que celui de la Chambre, n'est cependant pas toujours d'un ordre très logique. C'est ainsi, à notre avis, que le titre IV qui devrait être intitulé : *Conditions communes* à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire *et des accouchements* » renferme à tort les articles 8, 6 et 15 qu'il conviendrait de placer, dans ce rang, au titre Ier, après l'article 1 ; mais à la condition, bien entendu, de reviser très attentivement les références de numérotage. Enfin, pour plus d'uniformité dans la rédaction, on pourrait libeller comme suit, les titres I, II et III : « *Conditions spéciales à l'exercice de la médecine. — Conditions spéciales à l'exercice de l'art dentaire.— Conditions spéciales à l'exercice de l'art des accouchements.*

A. Léchopié.
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN

Academie des sciences : De la nutrition chez les diabétiques. — De la vitalité des germes des organismes microscopiques des eaux douces et salées.
Académie de médecine : De l'injection des extraits liquides provenant des différents tissus de l'organisme comme méthode thérapeutique. — Pleurésie déterminée par le bacille de la fièvre typhoïde. — Election de deux correspondants nationaux.

Dans une note de M. Hanriot, communiquée à l'Académie des sciences par M. Gautier, l'auteur étudie les phénomènes de nutrition consécutifs à l'absorption du sucre chez les diabétiques. Dans une communication antérieure, il a montré qu'à l'état normal les animaux transforment l'amidon et le sucre en graisse, eau et acide carbonique, de telle sorte que l'assimilation du sucre est suivie d'une richesse plus grande en graisse et d'un dégagement proportionnel d'acide carbonique. Or, chez les diabétiques, après l'absorption du sucre par l'intestin, on ne constate pas d'augmentation dans la quantité d'acide carbonique exhalé. Le sucre n'est donc pas transformé en graisse. La constance du quotient respiratoire, après une alimentation féculente ou sucrée, est ainsi un signe du diabète; l'excédent plus ou moins grand d'acide carbonique indique un retour plus ou moins complet à l'état normal.

— La vitalité des germes des micro-organismes contenus dans les eaux ou dans les sédiments desséchés qui en proviennent, intéresse à la fois le naturaliste et l'hygiéniste. Déjà, il y a une dizaine d'années, M. Certes avait étudié la faune microscopique de sédiments desséchés provenant des chotts à haute salure de l'Algérie. Il a repris ces recherches en les étendant à des sédiments de toutes provenances, eau douce, eau de mer, eaux salées, et il en a communiqué, lundi dernier, les résultats à l'Académie des sciences. D'après ce qu'il a observé, toutes les cultures, quelles que soient la provenance des sédiments et la durée de leur dessiccation, renferment des microbes de différentes espèces. Les cultures de sédiments marins ne renferment que des microbes. Celles des sédiments d'eau douce et d'eaux salées de chotts ou de lacs intérieurs, contiennent, en même temps que des microbes, des infusoires flagellés et ciliés, des annélides, de petits crustacés. Il va sans dire que toutes les cultures sur lesquelles on a opéré ont été maintenues rigoureusement à l'abri des germes atmosphériques.

— M. d'Arsonval a apporté un complément à la dernière communication de M. Constantin Paul, sur les injections sous-cutanées de substance nerveuse, en montrant à l'Académie de médecine les appareils et les procédés qui lui ont servi, à M. Brown-Séquard et à lui, pour préparer les extraits liquides des tissus animaux destinés aux injections. Il rappelle tout d'abord que le savant professeur du Collège de France et lui ne se sont pas bornés à injecter du liquide testiculaire, mais qu'ils ont essayé ou proposé des injections de divers tissus, par exemple du tissu pancréatique dans le diabète, de celui de la rate dans le paludisme, de celui des capules surrénales dans la maladie bronzée, du tissu musculaire dans certaines affections des muscles, etc. C'est en suivant cet ordre d'idées que M. Constantin Paul a été conduit à ses expériences sur les injections de substance nerveuse dans le traitement de la neurasthénie.

L'action des liquides injectés varie suivant qu'ils sont ou non stérilisés; toxiques dans le premier cas, ils produisent, quand ils sont stérilisés, des effets physiologiques et thérapeutiques qui ouvrent un vaste champ aux recherches expérimentales. Mais il faut rejeter l'emploi des antiseptiques, qui détruisent leurs propriétés; c'est à la pression de l'acide carbonique, sous une température de 37 à 40°, qu'il faut avoir recours.

Quand le liquide doit être injecté dans les veines, on emploie comme dissolvant l'eau salée à 10 ou 15 0/0. Quand il doit être injecté sous la peau, on le dissout dans de la glycérine préalablement chauffée à 140° et additionnée de trois fois son volume d'eau ayant bouilli.

Le tissu en expérience est divisé avec des ciseaux en morceaux ayant environ 1 centimètre de côté ; on le fait macérer pendant vingt-quatre heures dans trois fois son poids de glycérine à 18° et on l'étend, comme il vient d'être dit, d'eau récemment bouillie. Après une première filtration à la peau de chamois ou au papier, on verse le liquide dans l'un des deux appareils décrits par M. d'Arsonval, le *stérilisateur filtre* ou le *stérilisateur autoclave*, où il subit la pression de l'acide carbonique, pression qui, de 50 à 90 atmosphères, détruit tous les germes vivants en respectant les substances albuminoïdes et les ferments solubles.

La communication de M. d'Arsonval a soulevé quelques questions d'un haut intérêt, à peine ébauchées dans la courte discussion qui a suivi.

Tout d'abord, ainsi que l'a fait remarquer M. Nocard, tous les virus ou tous les microbes ne sont pas également sensibles aux procédés de stérilisation qu'on emploie pour en détruire ou en atténuer la virulence. Ainsi le virus rabique, le virus vaccinal, qui sont facilement détruits par la chaleur, la dessiccation, l'oxygène, résistent à un séjour de quarante-huit heures, et sous une pression de 50 à 60 atmosphères, dans une atmosphère d'acide carbonique. Il est vrai qu'on ne peut, suivant la pratique de M. d'Arsonval, faire agir concurremment la chaleur qui, dans l'espèce, suffit à détruire la virulence.

Paul Bert, ainsi que l'a rappelé M. Gautier, avait aussi obtenu la destruction des microbes par l'action de l'oxygène sous une pression de sept à huit atmosphères. Seulement, comme le fait observer M. d'Arsonval, l'oxygène altère les liquides que respecte au contraire l'acide carbonique.

Quoi qu'il en soit de ces différentes expériences comparatives, il en ressort deux points intéressant, l'un la biologie, l'autre la thérapeutique.

Le premier a été mis en relief par M. Gautier. Ces expériences démontrent, suivant lui, que l'intervention microbienne n'est nullement nécessaire à l'action, même énergique, de certains ferments. Puis, précisant davantage sa pensée, pour répondre à une objection de M. Nocard tirée du virus rabique, qui perd sa virulence avec les éléments figurés, notre savant collègue ajoute : « Qui dit ferment organisé ne dit pas ferment figuré, et l'organisation réside dans un état de la substance qui peut échapper à l'observation microscopique. » Voilà certes une proposition qui, émanant d'un homme aussi autorisé que M. Gautier, mérite d'être relevée. Nous devons nous borner aujourd'hui à l'enregistrer; nous aurons sans aucun doute l'occasion d'y revenir.

Au point de vue thérapeutique, la méthode inaugurée par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, ouvre, comme nous le disions plus haut, un vaste champ à l'expérimentation. Mais une question se pose tout d'abord, et nous l'avons posée ici même, dans notre dernier *Bulletin* : quelle est la composition chimique de ces liquides extraits des divers tissus de l'organisme? S'ils ont des propriétés différentes suivant les tissus d'où ils émanent, à quel de leurs éléments constitutifs le doivent-ils? M. d'Arsonval, interrogé sur ce point par M. Laborde, est resté sur le terrain physiologique qui lui est familier, et s'est borné à faire appel à la chimie. C'est à celle-ci, en effet, d'élucider la question et d'en préparer la solution que complétera ensuite l'expérimentation thérapeutique ou clinique. Les recherches entreprises en Allemagne sur la spermine et la pipérazine sont, dans cette voie, des essais qu'il est bon d'étendre et de multiplier.

— M. Kelsch a clos la séance de l'Académie par la lecture d'une observation fort intéressante de pleurésie purulente due au bacille d'Eberth. Ce fait se rapproche de ceux qu'ont publiés MM. Rendu, Fernet, Charrin et Roger. En l'absence des lésions habituelles de la fièvre typhoïde, ils tendent les uns et les autres à montrer que le bacille typhique peut engendrer d'emblée une pleurésie, à l'instar de tout agent phlogogène. Mais alors que devient la spécificité du bacille pathogène? M. Kelsch a traité ce point de pathologie générale avec beaucoup d'indépendance et de bon sens, et nous avons été heureux de l'entendre émettre des idées que nous défendons ici depuis longtemps. Pour lui, ainsi que pour nous, la spécificité des microbes pathogènes est contingente : ils peuvent l'acquérir comme la perdre sous l'influence des conditions particulières dans lesquelles ils se trouvent.

— L'Académie avait à nommer deux membres correspondants nationaux dans la division de chirurgie. Ont été élus : M. Duplouy (de Rochefort) par 44 voix sur 57 votants et M. Queirel (de Marseille) par 39 voix sur 54 votants.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Sénat. — Deux rapports qui, à des titres divers, nous intéressent grandement, viennent d'être déposés sur le bureau du Sénat : d'abord celui de M. Cornil sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine; ensuite celui de M. Bardoux sur la loi constitutive des Universités françaises.

La Commission sénatoriale, dont M. Cornil est rapporteur, a apporté quelques modifications dans le texte du projet de loi qu'elle avait d'abord adopté et qui continue d'être, dans ce journal, l'objet d'un examen approfondi de la part de M. A. Léchopié. Il est facile de voir qu'il a été fréquemment tenu compte des observations présentées par notre savant collaborateur.

Les deux projets de loi viendront très prochainement à l'ordre du jour; nous ne saurions manquer d'en suivre la discussion.

Congrès internationaux. — Deux Congrès internationaux se tiendront cet été à Moscou : le *Congrès zoologique* et le *Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques*. Les deux sont mis sous le haut patronage du grand-duc Serge Alexandrovitch. Le Comité d'organisation, présidé par M. le professeur Bogdanof, fait savoir que les adhésions aux deux Congrès sont reçues dès maintenant chez les délégués du Comité à Paris : MM. le baron de Baye, 58, avenue de la Grande-Armée; G. de Mortillet, 15, rue de l'École-de-Médecine; et J. Deniker, 2, rue de Buffon.

Le Congrès d'anthropologie se tiendra du 13 au 20 août, celui de zoologie du 22 au 30 août.

— La Société belge de gynécologie et d'obstétrique prend l'initiative de fonder un *Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique*, qui tiendrait ses sessions tous les quatre ans, alternativement en Suisse et en Belgique. La première session aura lieu à Bruxelles, du 14 au 19 septembre 1892.

Trois questions ont été portées à l'ordre du jour :

1° *Des suppurations pelviennes* : rapporteur, M. le Dr P. Segond (de Paris);

2° *Des grossesses extra-utérines*; rapporteur, M. le Dr A. Martin (de Berlin);

3° *Du placenta prævia*; rapporteur, M. le Dr Berry Hart (d'Edimbourg).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Jacobs, secrétaire général, 12, rue des Petits-Carmes, à Bruxelles.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours d'agrégation de chirurgie et accouchements. — Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements est composé de MM. Guyon, président; Panas, Lannelongue, Le Dentu, Pinard (de Paris); Tédenat (de Montpellier); Fochier (de Lyon); Dubar (de Lille); Chalot (de Toulouse), juges titulaires.

Le nombre des candidats inscrits est de 51, ce sont : MM. Adam, Albaran, Audry, Bazy, Blanc, Beurnier, Boissard, Bonnaire, Broca, Carlier, Carpentier, Chambrelent, Chrétien, Condamin, Coppens, Delbet, Demelin, Demoulin, Dupan, Février, Frælich, Genevez-Montaz, Hartmann, Imbert, Lapeyre, Lavaux, Lejars, Lepage, Lyot, Meurer, Orcel, Oui, Picqué, Pollosson, Potherat, Potheki, Rochard, Rochet, Rollet, Secheyron, Tellier, Tissier, Tracon, Turgard, Vallas, Varnier, Villemin, Wallich, Walther, Zilgien.

La séance d'ouverture aura lieu mardi prochain, Ier mars, à 9 heures et demie du matin. Les candidats sont expressément invités à se rendre à la Faculté, à 9 heures précises, le même jour.

— Dans sa dernière réunion, l'assemblée des professeurs a dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pharmacologie : *en première ligne*, M. Gabriel Pouchet; *en seconde ligne*, M. Quinquaud.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Dumont, aide d'anatomie est nommé prosecteur.

Ecole de médecine de Marseille. — M. André est nommé préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Ecole de médecine de Reims. — Par arrêté en date du 22 février 1892, un concours s'ouvrira le 14 novembre à l'Ecole de médecine de Reims, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale. Le registre sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

— M. Mouflier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé, en outre, pendant la présente année scolaire, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr Danner, professeur de physiologie, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Corps de santé militaire. — A la suite du concours ouvert le 21 décembre 1891, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés, savoir : à l'emploi de *médecin stagiaire* à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires : MM. Crepet (Gabriel-Louis-Gustave) ; Castaing (Marie-Emile-Paul-Henri); Dreyfus (Camille).

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 22 février, M. Lafaurie (Marie-Antoine-Raymond-Etienne) aide-médecin, docteur en médecine, est promu médecin de 2e classe.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 18 février 1892, a été promu dans le corps de santé des colonies : *au grade de médecin principal*, M. Duplony (Jean-Edouard), médecin de 1re classe.

Muséum. — Par arrêté en date du 18 février 1892, la chaire d'anthropologie du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour présenter leurs titres.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursion en Algérie, Maroc, Espagne, du* 15 *mars au* 16 *avril* **1892.** — La Compagnie P.-L.-M. vient d'organiser avec le concours de l'agence Cook une excursion en Algérie, Maroc, Espagne, comprenant l'itinéraire suivant : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Oran, Tlemcen, Nemours, Malaga, Gibraltar, Tanger, Malaga, Grenade, Cadix, Séville, Cordoue, Madrid, Tolède, L'Escurial, Burgos, Saint-Sébastien, Biarritz, Bordeaux, Paris.

Prix des billets : 1re *cl.* : 1,064 *fr.*; 2e *cl.* : 945 *fr.*

Ces prix comprennent le transport en chemins de fer, la traversée sur les paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique, la nourriture, le logement, les voitures pour la visite des villes, la visite des monuments, etc., etc... et une franchise de 30 kilogrammes de bagages sur tout le parcours.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 10 mars 1892 inclusivement aux bureaux de l'Agence Cook et fils, place de l'Opéra, 1.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Ecuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 8; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Etienne-Marcel, 18.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de* 1re *classe* pour Nice et Menton, validité : 20 jours, non compris le jour du départ, avec facilité de prolongation de deux périodes de 10 jours moyennant le paiement pour chaque période d'un supplément de dix pour cent (10 0/0).

Ces billets d'aller et retour seront délivrés immédiatement : 1° Du 18 au 28 février 1892 inclusivement ; 2° du 5 au 14 mars 1892 inclusivement ; 3° du 7 au 17 avril 1892 inclusivement.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Carnaval.* — A l'occasion du Carnaval, les billets d'aller et retour, délivrés du 27 au 29 février 1892 inclusivement, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 2 mars.

Cette période exceptionnelle de validité pourra de plus être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant un supplément de 10 % du prix des billets pour chaque prolongation.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Pau, Biarritz, Salies-de-Béarn.* — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 % sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Durée de validité : 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain.

Nouvelle Géographie universelle : La Terre et les Hommes, par Elisée Reclus. — Tome XVII. *Indes Occidentales.* (Mexique, isthmes américains, Antilles), avec 4 cartes en couleurs tirées à part, 191 cartes intercalées dans le texte et 73 vues ou types gravés sur bois.

A la Librairie Ch. Delagrave, rue Soufflot.

Une mission en Espagne. L'hygiène scolaire et les exercices physiques, par le Dr C. Delvaille.

A la Librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Un cas de maladie de Morvan, par le professeur Grasset, Montpellier, librairie C. Coulet.

Leçons sur l'alcoolisme faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le Dr A. Villard, professeur de clinique médicale, correspondant de l'Académie de médecine, leçons recueillies par le Dr V. Pagliano, chef de clinique médicale, médecin adjoint des hôpitaux.

Le Rédacteur en chef et gérant, **F. de Ranse.**

Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UNE ÉPIDÉMIE CANCÉREUSE

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Sur les 4.500 habitants d'Oyonnax nous en traitons une moyenne annuelle de 3 à 4, atteints d'affections cancéreuses. La ville étant composée de 500 maisons, cela répartit au plus un cancer entre 125 maisons.

Or, cette proportion est singulièrement dépassée dans un petit groupe d'habitations sises à une extrémité de la ville. Trois maisons nous ont fourni un contingent de 5 cancéreux en quatre ans ; et de ces malheureux, étrangers les uns aux autres, tous morts aujourd'hui, pas un ne se réclamait d'une hérédité morbide similaire. Le cancer était maladie inconnue dans la famille.

Pure coïncidence que ces faits, nous objectera-t-on, de par la tendance d'esprit qui attribue aux effets du hasard les associations de choses dont le lien nous échappe.

Nous nous refusons à une telle interprétation.

Dans cette succession de cancers, il semble y avoir plus qu'une coïncidence. L'idée de contagion s'impose.

Aussi bien quelle est l'étiologie des tumeurs malignes ? Elle se résume aux deux causes suivantes : les premières rendent le terrain favorable ; ce sont l'âge avancé, l'hérédité, l'arthritisme, les émotions dépressives, ajoutons même l'alimentation carnée de Verneuil.

Les secondes choisissent le tissu ; le traumatisme, l'inflammation, tous les agents de multiplications cellulaires, y compris les tumeurs bénignes, rentrent dans cette dernière catégorie. De ces causes, les unes préparent le cancer, les autres le localisent.

Les premières, celles qui préparent le cancer, sont-elles assez actives pour le créer de toutes pièces ? Peut-être. Dans la grande majorité des cas, le cancer naît spontanément. Il apparaît à l'improviste dans des milieux qui ne le connaissaient pas auparavant.

Mais la spontanéité n'oppose pas un obstacle insurmontable à la contagion. Les maladies à germes médiocrement spécifiques, l'angine, la pneumonie, la grippe endémique, éclatent bien sans avoir reçu le mot d'ordre d'un micro-organisme attaché à un malade antérieur. Cela ne les empêche pas de faire de la contagion.

Sans doute ces maladies ne sont pas toujours contagieuses ; elles peuvent le devenir, et se rapprochent ainsi du cancer qui ne se développerait pas autrement. Mais pour lui le terrain à contaminer est de trouvaille plus difficile et la

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 10. — *Protection de la vie ouvrière.*

I

M. Moret, qui fut Ministre de l'intérieur en 1887, s'est beaucoup occupé d'hygiène publique, et, dans une conférence faite cette année, il a dit le mauvais état des habitations ouvrières de Madrid.

J'ai visité des maisons de ce genre dans plusieurs quartiers de Paris, et entre autres, dans la cité Jeanne d'Arc et je trouve une grande ressemblance entre la condition de l'ouvrier madrilène et celle de l'ouvrier parisien.

Voici en effet, ce que dit M. Moret.

Ce que l'on nomme un logement, composé généralement d'une seule pièce où vivent et dorment mêlés tous les membres de la famille, quel que soit leur sexe ou leur âge, coûte, en terme moyen, plus que le quart du salaire que reçoit le père de famille. La propreté y est absolument impraticable, l'atmosphère y est viciée constamment, non seulement par le produit de la respiration, mais encore par les gaz méphitiques que laisse échapper une construction vicieuse. La maladie qui se développe en ce lieu y devient contagieuse ; l'infection rencontre là son foyer naturel et la démoralisation de l'enfant est la conséquence fatale et inévitable du triste enseignement que lui apportent les nécessités de la vie. L'enfant n'est pas seul victime de cette misère. Le père de famille, condamné à vivre dans ces conditions, ne pense qu'à déserter son foyer misérable aux heures où le travail ne le demande pas. La mère de famille, victime de cette situation, forcée de subir toutes ces douleurs, essaie en vain de retenir les siens, et se considère encore comme heureuse quand, isolée chez elle, elle n'assiste pas aux conséquences de la misère commune...

II

C'est pour faire disparaître ces misères que des esprits généreux

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, 2, 5, 6 et 8, 1892.

période d'incubation, qui s'éternise pendant des mois, prolonge une épidémie indéfiniment. La durée s'en chiffre par des années.

Arnaudet (de Cormeilles) (1) a déjà insisté sur des faits analogues. A la clinique vient s'adjoindre l'appui de l'expérimentation. Le cancer est inoculable; un fragment de tumeur introduit sous la peau peut reproduire une tumeur de même nature. Le débat récent à l'Académie est trop présent à l'esprit pour que nous insistions sur ce sujet.

Or, le succès de l'inoculation implique presque la possibilité de la contagion. Les éléments d'une tumeur qui se développent sous la peau, ne peuvent-ils, absorbés par une autre voie, le tube digestif, par exemple, ne peuvent-ils en se greffant sur le tissu le moins résistant, reformer le type morbide dont ils étaient issus?

La difficulté de l'expérimentation nous semble surtout résider dans cette création de l'aptitude cancéreuse des tissus.

Le Dr Rappin (de Sautron) a rendu cancéreux deux animaux, une poule et une chienne, exposés journellement au contact de substances cancéreuses. Quant à nous, nous nourrissons avec une eau suspecte des souris blanches auxquelles nous avons fait subir un traumatisme préalable, une contusion de la région épigastrique, par exemple. Les animaux continuent de bien se porter, depuis des mois que nous les observons. Duplay et Cazin n'ont pas été plus heureux dans leur essais de transmission du cancer de l'homme aux animaux (*Semaine médic.*, 17 février 1892).

L'expérimentation positive pour quelques inoculations sous-cutanées ne nous apprend donc rien sur le chapitre de la contagion.

Il appartient à la clinique de pénétrer la première dans ce domaine de l'inconnu.

A la fin de 1886, arrive à Oyonnax, une femme atteinte d'un carcinome du sein droit (obs. I.). — Elle se loge dans la maison L..., perchée hors ville sur un mamelon de terrain au pied duquel quelques habitations s'alignent le long d'un ruisseau. Cette maison L... est creusée d'une citerne dans la cave et cette citerne est fréquemment souillée par les eaux pluviales. La malade, jetant devant la porte ses chiffons souillés de détritus cancéreux, pouvait contaminer le puits qui s'ouvrait à 2 mètres en contre-bas. Peut-être aussi, comme on tend à l'admettre pour la fièvre typhoïde (1), ces détritus cancéreux desséchés et poussiéreux étaient-ils absorbés par la bouche et déglutis ensuite, l'infection s'étant faite par l'air. Peut être encore l'infection des voies respiratoires par l'air est-elle directe. L'analyse bactériologique de l'eau de la citerne, celle avec laquelle nous nourrissons nos souris blanches, ne nous a révélé aucune impureté appréciable. A côté de matières organiques amorphes, nous avons trouvé en grande abondance le bacille fluorescent qui ne fluidifie pas la gélatine et donne sur plaques des colonies nacrées, ayant l'apparence des feuilles de fougère. Le nombre des microbes était d'environ 300 par centimètre cube. Ajoutons que deux de nos malades (obs. IV et V) buvaient l'eau du ruisseau et non celle de la citerne, et que l'infection atmosphérique, telle que nous venons de la comprendre, pouvait avoir prise sur eux. L'eau du ruisseau était-elle polluée par les détritus cancéreux charriés par les pluies? Cela est également possible.

Toujours est-il qu'à la suite de notre première cancéreuse, succombant en juin 1887, tombent successivement cancéreux deux locataires de la même maison, l'un en février 1888, un autre au printemps de 1890. Le premier, âgé de 56 ans, (obs II) ayant autrefois été brûlé à la verge, prend un cancer de la verge et, après amputation de l'organe meurt, est emporté par une récidive ganglionnaire, en septembre 1889. Le second (obs. III), vieillard de 70 ans, alcoolique, sujet à de la diarrhée depuis plusieurs années, contracte un cancer du rectum auquel il succombe en décembre 1891.

Un jeune homme de 28 ans (obs. IV), et un enfant de 13 ans (obs. V), deux voisins qui buvaient l'eau du ruisseau, sont atteints, le premier d'un cancer de l'estomac en

(1) Le cancer dans une commune de Normandie. (*Union médicale* 25 avril 1889.) Nouvelle contribution à l'étude du cancer en Normandie. (*Normandie médicale*, 1er et 15 avril 1890.)

(2) Sur l'inoculation du cancer. (*Journal méd. et chirurg. pratiques*, 1890, p. 351.)

(1) *Traité de médecine*, Masson, éditeur 1891, t. I, p. 726.

---

ont cherché à procurer aux ouvriers des grandes villes quelque bien-être.

Dans trois séances très intéressantes tenues en 1891 par la section des sciences naturelles de l'Athénée de Madrid, la vie de l'ouvrier espagnol, les moyens de remédier à sa situation actuelle, ont été très discutés.

M. le Dr Espina s'est élevé avec beaucoup d'énergie contre la situation hygiénique de certaines écoles qui manquent d'air et dans lesquelles l'enfant ne peut pas jouer librement. M. Mariscal a insisté sur l'organisation des écoles de province, où les enfants reçoivent les éléments de l'instruction dans des salles servant de prison, d'asile des pauvres, d'atelier de maréchalerie. Cela rappelle certaines écoles de notre pays, non seulement avant 1789, mais à une époque plus rapprochée, et dont nos inspecteurs généraux faisaient dans leurs rapports de 1879 un si désolant tableau.

C'est, ajoutait M. Mariscal, par l'installation d'un mobilier adapté à la taille de l'enfant, par une division du travail, qui permette un repos entre chaque classe, par la contruction d'écoles bien isolées, pourvues d'air et d'espace, qu'on arrivera à assurer la santé de l'enfant et à conserver tant de vies précieuses, (1) et M. Calatravena l'appuyait en donnant les chiffres de la mortalité de l'enfance qui s'élevait en Espagne à 10 163 en 1889 et à 10.938 en 1890. Il montrait aussi l'inobservation des lois de l'hygiène, donnant aux pauvres des maladies qui, des «tanières» de ceux-ci, arrivent aux maisons des riches. M. Pasoda, à son tour, faisait une peinture émouvante de l'ouvrier de Madrid avec sa nourriture insuffisante et ses demeures sordides et il parlait d'assainissement à exécuter, de la suppression des impôts, qui frappent l'alimentation du pauvre et la rendent si difficile (2).

III

Pour remédier à cet état de choses, il existe plusieurs moyens

(1) Voir Dr C. Delvaille, *une mission en Espagne : Hygiène scolaire. Jeux et exercices physiques*. Paris, Delagrave; 1892.

(2) Le 2 décembre 1891, la minorité de l'ayuntamento de Madrid a fait, par l'organe M. Erquerdo, une proposition ayant pour objet la réduction de 50 0/0 sur les droits d'octroi dans la capitale, comme mesure capable de détruire la fraude et de contribuer à la meilleure alimentation des ouvriers de Madrid.

mars 1888, le second d'un ostéo-sarcome de la jambe en juin 1890. Tous deux meurent rapidement, l'un en quatre mois; l'autre, amputé de la cuisse par M. le prof. Poncet (de Lyon), résiste sept mois et présente finalement une récidive dans le bassin. Ce sont ces deux jeunes gens, plus que les autres, qui nous ont ouvert l'œil sur la possibilité de la contagion cancéreuse.

Pourquoi étaient-ils tombés cancéreux? Les conditions prédisposantes d'âge, d'hérédité, de tempérament, leur faisaient défaut.

L'un avait reçu un coup de pied de cheval au creux épigastrique quelques années auparavant; mais le traumatisme était resté léger.

L'autre, le gamin de 13 ans, s'était contusionné le tibia dans une chute. Cette étiologie explique la localisation de la tumeur cancéreuse. Elle nous dit pourquoi le cancer s'est développé à l'estomac de l'un et sur la jambe de l'autre. Elle ne nous renseigne pas sur la cause première du cancer. Si l'on admet la contagion, le problème s'éclaircit. Non, ces deux jeunes gens n'ont pas créé le cancer; mais le traumatisme de leurs tissus a préparé le nid où est venu pulluler le germe cancéreux, cette fois non élaboré par l'organisme, mais apporté du dehors par contagion. A la vérité, un de nos jeunes gens était atteint d'une forme anatomique différente du cancer. Il présentait un ostéo-sarcome, et c'est la raison qui, de prime abord, nous avait fait hésiter à joindre son observation à celle des autres. Réflexion faite, il nous a semblé que le microscope consacrait une dissociation de tumeurs factice au point de vue clinique, et que l'âge du sujet plus que la diversité d'origine marquait le tissu morbide d'une empreinte un peu spéciale; nous avons même pensé qu'il y aurait sur ce sujet matière à recherches intéressantes en notant si la plupart des cas de sarcomes chez les jeunes gens ne reconnaissent pas pour cause la présence d'une tumeur cancéreuse dans le voisinage.

La contagion cancéreuse étant admise pour nos jeunes malades, faut-il la rejeter chez les autres plus âgés? Pour le malade II, âgé de 56 ans, nous ne trouvons comme cause à un cancer de la verge, qu'une brûlure ancienne de cet organe. Les conditions prédisposantes de terrain manquent également; doit-on incriminer les chagrins domestiques du pauvre diable? mais bien d'autres hommes sont trompés par leurs femmes sans tomber cancéreux pour ça. Le malade III est un alcoolique de 70 ans. Une diarrhée ancienne a localisé son cancer sur le rectum. Chez ce malade déjà vieux, l'étiologie classique trouve un placement moins hasardé; n'empêche que la contagion ne peut être niée d'une façon absolue, cet homme ayant fourni, à un intervalle peu éloigné, le troisième décès par cancer dans une même maison.

Les conséquences pratiques à tirer de ces faits trouvent une application immédiate en chirurgie. On sait que l'ablation de certaines tumeurs cancéreuses, celles de la face principalement, est souvent suivie de succès. On peut supposer que le germe cancéreux qui s'était introduit par la peau, a été détruit sur place avant sa pénétration dans le sang. Mais dès l'heure où ce germe absorbé par les voies digestives ou respiratoires, a infecté l'organisme, qu'il vienne à se développer sur un tissu quelconque, toute intervention chirurgicale reste aussi inefficace que celle qui enlèverait une gomme pour guérir la vérole.

On devra arriver à distinguer le cancer, accident primitif d'inoculation, des cancers qui témoignent d'une infection sanguine préalable. Les premiers seront opérés, on respectera les seconds et, convaincu dans maintes circonstances de l'inefficacité du bistouri, on se mettra à fouiller plus profondément la thérapeutique médicale pour découvrir le remède spécifique qui existe sans doute et que nos pères ont cherché pendant des siècles avec une persévérance si peu récompensée.

Observations

Observation I

Femme de 42 ans. — Carcinome du sein droit. — Mort en juin 1887.

Mad... Ch..., âgée de 42 ans, vient habiter à la fin de 1886, la maison L..., à Oyonnax. A son arrivée, elle était atteinte d'un carcinome du sein droit. Il s'agissait d'un carcinome en masse avec sein dur et augmenté de volume. La tumeur s'ulcéra peu à peu; des chiffons chargés de détritus cancéreux

---

et on y a songé en Espagne. Pour obtenir la salubrité de l'habitation on a pensé à faire des maisons ouvrières; pour protéger la moralité et la santé de l'enfant et de la femme, on a fait et l'on prépare des lois sur le travail dans les manufactures et ateliers; pour améliorer le sort de l'ouvrier en général, on a organisé, dans les centres industriels, des institutions qui lui rendent la vie maternelle plus facile, et lui assurent des soins et des ressources en cas de maladies ou d'accidents.

Je vais dire un mot tout d'abord des sociétés de maisons ouvrières.

Plusieurs ont été créées à Madrid. L'une d'elles, la *Constructora benefica*, qui date de 1875, a reçu, à diverses reprises, des dons de la famille royale. Elle bâtit des maisons par groupe de 4 ayant chacune 6 habitations et revenant à 15.375 francs, ce qui fait environ 2.800 francs par famille.

Une autre Société, le *Porvenir del artesano*, (l'avenir de l'ouvrier) repose sur le système de l'association, et bâtit pour ses adhérents.

Elle a 3 types de maisons, l'un de 7.800, fr. un autre de 5 200 fr., le 3e de 2.600. La Société est divisée en sections de 50 membres choisissant chacun un type de maisons, et chaque ménage paie par semaine respectivement 3, 2 et 1 fr., suivant le type. La construction ne se fait naturellement que si l'argent nécessaire a été fourni par les cotisations, et l'on tire au sort pour savoir qui occupera la maison; l'associé favorisé doit payer en outre un 10e de la valeur de la maison chaque année.

Un nouveau projet, sur la réalisation duquel je ne suis pas renseigné, a été imaginé par M. Belma; il consiste en maisons de 3 étages, de 3 types différents coûtant 21.000, 17.000 et 14.000 fr.; le prix de location des deux premiers types est, pour le rez-de-chaussée, 26 et 20 fr. par mois pour le premier étage 23, pour le second 18.

M. de Romero avait communiqué en 1884 à l'Association française pour l'avancement des Sciences (Session de Blois) l'organisation d'une Société immobilière faite à Barcelone au capital de 20 millions. Par le moyen de titres de 10 fr. émis par séries de 2.000 bons sans intérêt, amortissables à 50 fr. en cinquante et un ans, et par la combinaison des intérêts composés, on arrive, disait-il, à amortir ces bons par voie de tirages annuels, et on alloue, au premier numéro sortant de chaque série, une maison construite par les soins de la Société, de quatre pièces et terrasse, de la valeur de 3 000 fr. Le système fonctionnait parfaitement au

étaient jetés devant la porte. La malade succomba en juin 1887. Un coup reçu sur le sein, telle était l'étiologie assignée à sa tumeur par cette femme qui vivait misérablement.

OBSERVATION II

Homme de 57 ans. — Cancer de la verge. — Mort en septembre 1889.

Bert..., ouvrier en peignes, âgé de 56 ans, habite le 1er étage de la même maison. En juin 1888, il vient nous consulter pour une tumeur de la verge. Pas de syphilis antérieure ; mais dans le jeune âge brûlure de la verge ayant donné lieu à un tissu cicatriciel s'écorchant de temps à autre sur la face latérale gauche du gland. Depuis quatre mois, assure le malade, cette cicatrice s'est rouverte et a produit une croûte noirâtre.

Bert... n'est nullement entaché d'arthritisme et n'a pas de cancéreux dans sa famille. A été très malheureux en ménage.

A notre examen nous trouvons un gland à aspect tuberculeux, très augmenté de volume, avec, sur la face latérale, une croûte noire, épaisse, recouvrant une ulcération à bords déchiquetés. Le prépuce dur, épaissi, refoulé en arrière, est envahi par la tumeur.

Le malade se refuse à toute intervention chirurgicale. Une hémorrhagie forte survenue en octobre et se répétant le mois suivant met fin aux appréhensions de Bert...

L'amputation de la verge est pratiquée le 1er décembre 1888 avec l'aide de notre ami, le Dr Julliard. Un pansement antiseptique est appliqué et le malade se lève dès le 7 décembre. La plaie opératoire guérit rapidement. Mais peu à peu, les ganglions de l'aine, qui paraissaient sains au moment de l'opération, sont atteints par une récidive cancéreuse à laquelle le malade succombe en septembre 1889.

OBSERVATION III

Homme de 70 ans. — Cancer du rectum. — Mort en décembre 1891.

L... Jean, entrepreneur, habite la même maison que les deux malades précédents. C'est un vieillard de 70 ans qui fait de nombreux excès de boisson et est atteint de diarrhée depuis quatre ans. Pneumonie en 1888. Pas de cancéreux dans sa famille. Au printemps de l'année 1890, à sa diarrhée se joint un écoulement par l'anus de matières glaireuses, sanguinolentes. Le malade n'allant pas mieux se rend à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en septembre 1890, et en revient sans être opéré.

En août 1891, tumeur dure, papillomateuse, du volume d'une noix, faisant saillie hors du rectum. Douleurs sourdes, continues, avec irradiations lancinantes dans les reins. Écoulement par l'anus d'un liquide sanieux, à odeur infecte. Mal calmé par les piqûres de morphine, le malade succombe dans le marasme en décembre 1891.

OBSERVATION IV

Jeune homme de 28 ans. — Cancer de l'estomac. — Mort en juin 1888.

P... 28 ans, est voisin des malades dont nous venons de parler. L'habitation des premiers étant sise sur un coteau, celle de P... est bâtie aux pieds de la hauteur, le long d'un petit ruisseau qui sert d'eau à l'alimentation.

Les parents de ce jeune homme sont bien portants, jamais un cancéreux n'a existé dans la famille. Lui-même se porte bien, et dans ses antécédents pathologiques, ne trouve à signaler qu'un coup de pied de cheval reçu à l'épigastre, du temps qu'il était au régiment. Il y a environ trois ans que cet accident lui est survenu.

Rentré chez ses parents au milieu de 1886, il ressent en mars 1888, de l'inappétence, des nausées ; il se plaint de constipation, et d'une douleur vague au creux épigastrique. Renvois aigres. Vomissements alimentaires. Le 5 avril, on perçoit au niveau de l'estomac, une série de bosselures douloureuses ; le 20 avril se prennent les ganglions sus-claviculaires du côté droit. La tumeur stomacale devient fort douloureuse et le malade avale de la morphine. La mort survient en juin 1888 quatre mois après le début de la maladie.

OBSERVATION V

Garçon de 13 ans. — Ostéo-sarcome de la jambe. — Amputation de la cuisse. — Mort par récidive dans le bassin en décembre 1890.

G..., garçon de 13 ans, domestique, sans antécédents héréditaires, habite dans le voisinage des précédents et boit l'eau du même ruisseau que le malade IV. En juin 1890, étant en condition depuis plusieurs mois, il tombe d'une échelle et se contusionne la face supérieure du tibia droit. De ce jour, il ressent des douleurs sourdes au niveau du point meurtri. Il subit un nouveau traumatisme en juillet, blessé par le manche d'une fourche qui se casse et l'atteint au-dessus de l'aine du côté droit. De ce dernier accident, il ne reste pas trace.

En juillet, la tubérosité antérieure du tibia est épaissie et sensible à la pression. La marche devient pénible. Peu à peu la tuméfaction osseuse augmente et revêt un aspect globuleux. Les douleurs sont plus vives avec irradiations nocturnes dans toute l'étendue de la jambe. L'enfant à 38 à 38 1/2 de température.

Croyant à une collection purulente intra-osseuse, nous trépanons le tibia, avec le Dr Julliard en septemdre 1890. L'os est diminué de consistance et un bistouri à fort manche suffit pour le sectionner. Quelques cuillerées de pus qui s'écoulent à l'état de pureté de la partie centrale nous confirment dans notre diagnostic. Pendant trois jours les douleurs disparaissent : puis elles reviennent avec les mêmes caractères. Des bourgeons charnus se développent rapidement autour des tubes à drainage. Une nouvelle intervention ramène du pus, mais ne diminue pas les douleurs. L'enfant est envoyé à Lyon où M. le prof. Poncet pratique l'amputation de la cuisse en octobre. Le diagnostic d'ostéo-sarcome est posé : on s'explique mal la signification de l'abcès osseux primitif. Au retour de Lyon, le 2 novembre, des douleurs vives occupent les reins et le ventre et se calment vers le matin. Dès le 4 novembre, on

moment où M. de Romero faisait sa communication (1884); il y avait déjà des ouvriers qui avec 10 fr. avaient gagné la maison et étaient devenus propriétaires.

Or, voici ce que j'ai appris depuis par les soins obligeants de M. Pourignon, consul général de France à Barcelone. L'entreprise fondée par M. Vicente de Romero vers 1833 et qui avait été suivie par un M. Bonnier, dit Lachapelle, notre compatriote, actuellement décédé, est depuis longtemps tombée; elle n'a donné aucun résultat sérieux, et aujourd'hui, on ne saurait trouver aucun rapport sur des opérations d'ailleurs à peu près imaginaires.

(*A suivre.*) Dr C. DELVAILLE.

constate de l'incontinence d'urine et des matières fécales. La fièvre oscille entre 38 et 38 1/2.

Irradiations douloureuses le long du membre amputé. Amaigrissement rapide.

Le 10 novembre, empâtement très douloureux à la face externe de l'os iliaque du côté gauche.

Le 12, eschare au sacrum.

Mort, le 28 décembre 1890.

CLINIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANTISEPSIE INTERNE.

MERCURE ET BRONCHO-PNEUMONIE,

Par M. ALBERT ROBIN,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite et fin) (1).

Ainsi, voilà une femme syphilitique soumise au traitement mercuriel pendant trente-six jours consécutifs. Elle prend, dans cet espace de temps, la dose énorme de 1 gr. 70 de bichlorure de mercure, soit de 47 à 48 milligrammes par jour; elle est saturée, imprégnée de mercure à un degré qu'on n'atteindra jamais dans le traitement d'une maladie aiguë, à courte évolution, comme celle de la pneumonie. Et pourtant, elle contracte, à l'hôpital, une broncho-pneumonie d'une exceptionnelle gravité, infectieuse au plus haut degré, résultat d'une triple invasion microbienne, puisque la culture du pus pulmonaire a démontré l'existence des trois micro-organismes suivants :

1° Un streptocoque très virulent qui tue les souris par septicémie et développe chez le lapin un érysipèle circonscrit;

2° Le staphylocoque doré;

3° Un diplocoque très abondamment développé.

Quelle est l'absolue conclusion qui s'impose : c'est que l'imprégnation longtemps prolongée de l'organisme par de hautes doses de sublimé, ne tue pas les microbes dont il vient d'être question, ne paralyse ni leur développement, ni leur action, n'atténue pas leur virulence.

Cette conclusion me paraît indiscutable. Elle montre qu'en matière d'antisepsie interne, d'antisepsie cellulaire, si je puis m'exprimer ainsi, il ne faut pas absolument conclure du laboratoire à la clinique, que la différence est grande entre le verre à expérience où il n'y a en contact qu'un microbe et un antiseptique, et l'organisme où intervient un troisième élément qui paraît primer la scène, je veux parler de l'*activité vitale*. Cet élément, encore si inconnu dans ses manifestations, dans son mode réactionnel, auquel on pourrait donner le nom de *potentiel cellulaire*, bouleverse les inductions expérimentales qui n'en tiennent pas compte et rend leurs conclusions inapplicables au lit du malade.

En effet, les si intéressantes recherches de MM. Tarnier et Wignal démontrent que le bichlorure de mercure est le plus puissant antiseptique qu'on puisse opposer au streptocoque pyogène ou au staphylocoque doré, et voici que les anciennes idées de traitement de certaines pneumonies par les préparations mercurielles reviennent à l'ordre du jour, étayées sur l'expérimentation.

(1) Voir le numéro précédent.

Cette application, en effet, n'est pas absolument nouvelle et plusieurs médecins l'avaient jadis préconisée. Wittich rapporte 23 observations de pneumonie traitées avec succès par le calomel. Salvator Avigo se louait de l'injection hypodermique du même médicament. D'autre part, Grisolle demeurait hésitant, et Wilson Fox déclarait son scepticisme vis-à-vis de l'action d'un médicament qui troublait si profondément la nutrition.

Le mercure fut donc accueilli sans enthousiasme. Mais après une assez longue période de silence, voilà que ce médicament reparaît dans la thérapeutique, et récemment encore, mon distingué collègue, M. Lépine, proposait de traiter la pneumonie par des injections interstitielles dans le parenchyme pulmonaire d'une solution de sublimé au 1/40000e. M. Lépine circonscrit la lésion pulmonaire avec une série d'injections interstitielles. Sans donner de statistique formelle, il annonce que la durée de la maladie n'a pas paru diminuée, mais que les symptômes locaux se sont amendés sous l'influence du traitement, et que tous ses malades ont guéri.

Le fait que je viens de rapporter ne démontre pas, il est vrai, que le mercure soit sans efficacité dans le traitement de la pneumonie franche, puisqu'il s'agissait dans mon cas d'une broncho-pneumonie. Mais comme l'on a employé également ce médicament dans les broncho-pneumonies et que cet emploi pourrait se généraliser, j'ai pensé qu'il était bon de prévenir les médecins de son absolue inefficacité, afin de couper court, dès maintenant, à l'usage d'un agent dont on n'a rien à attendre, au moins dans le sens de la thérapeutique pathogénique.

Si j'ajoute ce dernier correctif, c'est que j'utilise souvent le calomel comme agent médicamenteux accessoire dans le traitement des broncho-pneumonies et des pneumonies. Mais ce que je lui demande, ce n'est pas une action antiseptique, qui serait illusoire aux doses que j'emploie, soit 0 gr. 40 en quatre doses de 0 gr. 10 données à une heure d'intervalle. A cette dose, l'emploi du calomel a une triple utilité.

Il possède une action purgative légère, dont l'effet dérivatif n'est pas sans importance. Il accroît sensiblement la sécrétion biliaire, et stimule l'activité hépatique, d'où une élimination et une destruction plus active des toxines fabriquées dans l'organisme par les microbes de la broncho-pneumonie. Enfin, il accroît sensiblement la sécrétion urinaire, cette voie majeure de l'élimination des poisons organiques.

Ce que je demande au calomel, c'est donc d'activer les fonctions hépatiques, c'est son action sur les sécrétions biliaire, intestinale et urinaire, mais ce n'est oi de tuer les microbes, ni d'empêcher leur développement, ni d'atténuer leur virulence.

J'irai même plus loin. Si l'on veut traiter la pneumonie par des préparations mercurielles données à des doses suffisantes pour agir antiseptiquement, on aggravera certainement la maladie, car on diminuera l'aptitude du malade à la résistance, en amoindrissant sa capacité de réaction, ou pour mieux dire, de défense personnelle (1).

(1) Il est intéressant de rapprocher de mon observation un travail important de M. le Dr V. Galippe intitulé : Des Gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle. — *Comptes rendus de la Société de stomatologie de Paris*, t. II, 1890, p. 56.

En effet, le mercure est un modificateur puissant de la nutrition ; à haute dose, il ralentit singulièrement les oxydations générales ; il abaisse de 5 à 6 p. 100 le coefficient des oxydations azotées ; il exerce sur le foie une action stéatosante. N'est-ce pas tout le contraire qu'il faut tenter de réaliser dans le traitement des pneumonies, surtout s'il s'agit de pneumonies typhoïdes ? Ne faut-il pas rechercher tous les moyens propres à exalter les oxydations qui seules peuvent transformer en produits solubles et facilement éliminables les toxines microbiennes ; et l'activité du foie n'est-elle pas à défendre dans une affection qui touche de si près le fonctionnement de la cellule hépatique ? En un mot, ne convient-il pas de rejeter du traitement des pneumonies tous les médicaments qui peuvent modérer l'activité vitale, laisser le champ plus libre aux ravages des micro-organismes et diminuer l'effort naturel de l'organisme du côté de la résistance ?

Et c'est pour cela qu'il est permis de se demander, si, chez ma malade, la saturation mercurielle qui a précédé la broncho-pneumonie, loin d'atténuer l'activité des microbes, n'a pas, au contraire, placé l'organisme dans des conditions d'opportunité morbide ; si, en d'autres termes, cette saturation mercurielle n'a pas été une cause puissante d'aggravation de la maladie.

Tout, dans cette observation, donne l'impression d'une infection suraiguë. La maladie débute le 14 novembre, au soir ; le 16 novembre, à neuf heures du matin, soit trente six heures environ après les premiers malaises, la situation paraît déjà désespérée ; la maladie a pris les allures d'une affection typhoïde, et la mort survient moins de quatre jours après l'apparition des premiers symptômes de la broncho-pneumonie. Ce n'est que lorsqu'elle est secondaire ou qu'elle survient chez des individus à résistance épuisée, comme les convalescents et les vieillards, que la broncho-pneumonie tue avec cette rapidité ; ici, ce n'était pas le cas, puisque la veille même du début de la broncho-pneumonie, l'état général paraissait excellent, que l'appétit était bon, que les forces revenaient ; mais l'emploi prolongé du mercure avait introduit dans les protoplasmas des modifications qui les mettaient en état de moindre résistance. Ceux-ci, pour se défendre contre l'infection, ne pouvaient plus mettre en jeu qu'un minimum de puissances réactionnelles : les stéatoses provoquées par l'agent toxique avaient augmenté, dans ces protoplasmas, la quantité de matière passive et inerte, au détriment de la masse capable de réaction, de sorte que le potentiel cellulaire avait décru, et par suite, la capacité de défense de l'organisme.

V

Aussi, cette observation me semble-t-elle comporter des enseignements qui ne seront peut-être pas sans influence sur l'évolution de l'antisepsie interne, qui paraît engagée aujourd'hui dans une voie pleine d'incertitudes, sinon de périls, puisqu'elle base ses indications médicamenteuses sur des expériences de culture qui ont, au laboratoire, un caractère de probabilité, mais qui, appliquées sur le terrain morbide, n'engendrent trop souvent que le doute ou l'incertitude.

De ces enseignements, je ne veux retenir, pour l'instant, que les trois suivants, dont on peut, si l'on veut, restreindre même la valeur au cas spécial du mercure et de la broncho-pneumonie, mais qui, cependant, pourraient mériter d'être généralisés, au moins, dans une certaine mesure :

1° La méthode d'antisepsie interne qui consiste à saturer l'organisme par le plus puissant des antiseptiques, le mercure, pour prévenir une infection microbienne, modérer la pullulation des micro-organismes, atténuer leur virulence, cette méthode, si scientifique, si rationnelle qu'elle paraisse, n'est pas applicable à la thérapeutique. Il faudrait, pour qu'elle fût utilisable, qu'on trouvât un antiseptique qui n'amoindrît pas les diverses manifestations bio-chimiques de l'activité vitale et le potentiel de réaction cellulaire.

2° En outre, il est permis de croire que si les micro-organisme de la broncho-pneumonie — et je répète que ceci pourrait être généralisé — peuvent se développer avec toutes leurs propriétés nocives dans un organisme saturé de mercure, il est à supposer que l'administration de cet agent, alors que la maladie est en pleine évolution, sera au moins inutile, et qu'il n'y faut compter d'aucune façon, pour réaliser l'antisepsie interne.

3° Enfin, dans les recherches expérimentales à entreprendre pour fixer la valeur réelle d'un médicament destiné à réaliser l'antisepsie interne, il ne faudra pas se contenter de déterminer, *in vitro*, la puissance antiseptique de ce médicament contre tel micro-organisme ; il sera indispensable de faire intervenir un troisième facteur dont l'importance est majeure, c'est l'organisme avec toutes ses aptitudes de réactions morphologique et chimique, c'est l'ensemble des activités cellulaires dont la *Vie* est l'expression toujours mystérieuse.

REVUE CRITIQUE

PUERPÉRALITÉ ET SEPTICÉMIE

L'intéressante communication que M. Guéniot a faite mardi devant l'Académie soulève un point de doctrine qui pourrait fournir matière à quelque discussion. Si nous avons bien compris le sens de cette communication, on devrait admettre désormais la possibilité d'une infection septicémique par certains produits toxiques volatils tenus en suspension dans l'atmosphère qui entoure les malades. C'est ainsi que, dans le cas particulier de la femme récemment accouchée, visé spécialement par M. Guéniot, il pourrait y avoir production d'une véritable septicémie puerpérale par le seul fait du *méphitisme*, c'est-à-dire de la présence dans l'air ambiant d'exhalaisons émanées d'un foyer de matières organiques en décomposition. Le savant académicien a rapporté, en effet, des observations qui semblent justifier cette théorie, au point que, sans plus ample examen, on serait tenté de lui donner franchement son adhésion. Pourtant, il y a des objections, et tout d'abord on doit se demander de quelle manière il faut comprendre ici le mécanisme de l'infection, par quelle voie le poison incorporé a pu s'introduire pour déterminer ultérieurement ses redoutables effets ? Or, cette première question est difficile à résoudre, et nous ne lui trouvons pas de réponse satisfaisante dans les explications que M. Guéniot a été appelé à fournir sur ce sujet particulièrement délicat.

Si nous avons bien compris le sens de ses explications, il semblerait que l'on doive invoquer principalement la voie d'absorption pulmonaire comme porte d'entrée du contage emprunté à l'atmosphère contaminée. Il est vrai que M. Gué-

niot s'est défendu de toute opinion préconçue dans ce sens, et qu'il a déclaré vouloir s'en tenir à un énoncé pur et simple du problème, ne se croyant pas à même de décider si l'infection a eu lieu par la voie pulmonaire, la plus accessible en apparence, ou par la voie génitale, particulièrement suspecte quand il s'agit d'un accouchement très récent. Mais comme il insiste en même temps sur les précautions prises, c'est-à-dire sur les soins antiseptiques locaux fort minutieux qui avaient été prodigués aux accouchées, on est fondé à croire que, dans sa pensée, c'est l'absorption respiratoire qui est ici en cause. C'est précisément cette dernière interprétation qui paraîtra discutable, et l'on comprend qu'elle ait soulevé une certaine opposition, en particulier celle de M. A. Guérin, qui est intervenu dans le débat avec l'autorité d'un chirurgien rompu de longue date à l'étude de ces sortes de questions.

L'objection principale de M. Guérin est tirée ici de la coexistence de la plaie utérine, c'est-à-dire de la présence d'une surface d'absorption qui existe chez toute femme délivrée et qui représente une voie d'absorption extrêmement favorable à la pénétration des germes infectieux. Rien n'empêche de croire que, malgré les précautions antiseptiques adoptées, précautions d'ailleurs trop souvent illusoires, il y ait eu contamination de la plaie intra-utérine à travers les voies génitales. On sait avec quelle facilité se produisent les accidents de ce genre, et on sait également que le traumatisme créé chez la femme par l'accouchement est une condition éminemment favorable à l'absorption. On est donc légitimement amené à penser que les malades de M. Guéniot ont été victimes d'une infection vulgaire, pour laquelle il n'est pas besoin d'invoquer une pathogénie subtile et quelque peu surannée. D'un autre côté, il faut reconnaître avec M. A. Guérin que la septicémie et l'infection purulente, qui n'est qu'une de ses modalités cliniques, ne se rencontrent pas en dehors de la puerpéralité et du traumatisme. On n'a pas cité jusqu'à ce jour de fait propre à démontrer que cette redoutable complication puisse se produire hors l'état de plaie par le seul fait de l'absorption par la voie interne. L'hypothèse proposée par M. Guéniot viendrait donc à l'encontre des vérités établies et des remarques sanctionnées par l'observation universelle.

Pourrait-on justifier cette hypothèse par l'exemple tiré de certaines affections qui font partie du domaine de la pathologie interne? On sait que nombre de maladies, fièvre intermittente, variole, tuberculose, se propagent principalement par l'intermédiaire des particules et poussières tenues en suspension dans l'atmosphère. Cela est incontestable; mais on ne peut comparer ces entités morbides définies, cliniquement uniformes, à une infection éventuelle, variable comme les contages qui lui donnent naissance, telle que celle qui est réalisée dans les faits semblables à ceux rapportés par M. Guéniot. D'un autre côté, on ne trouverait guère présentement de chirurgiens disposés à admettre une étiologie aussi spécieuse et qui, dans le cas où elle serait reconnue exacte, ne tendrait à rien moins qu'à amoindrir et à déprécier la valeur des conquêtes imputables à l'antisepsie. Car on ne peut nier que la possibilité d'une contamination par les voies respiratoires suffirait à rendre chez les opérés et accouchées toutes les précautions antiseptiques vaines et plus ou moins illusoires. En réalité, les chirurgiens paraissent aujourd'hui convaincus de l'inanité de ces craintes, au point que la plupart d'entre eux ont supprimé une partie des pratiques usitées au début de l'antisepsie (nuage phéniqué, spray, etc.), et cette simplification montre bien le peu d'importance qu'ils attachent à la question de l'air ambiant. S'ils n'admettent guère l'influence de celui-ci sur l'infection des plaies, à plus forte raison repoussent-ils son intervention en tant que cause d'infection interne et d'altération septicémique du milieu intérieur.

On pourrait d'ailleurs emprunter aux données de la microbiologie d'autres arguments également contraires à la théorie visée dans les précédentes considérations. En effet, on admet aujourd'hui que l'infection, envisagée à un point de vue général, est toujours le produit d'un contage dont les éléments sont apportés du dehors et non créés de toutes pièces dans l'organisme. En d'autres termes, pour parler le langage du jour, l'infection serait essentiellement fonction de microbes. Peu importe, d'ailleurs, de savoir si ces derniers sont nuisibles par eux-mêmes ou par les produits solubles qu'ils secrètent. Si l'on admet cette hypothèse, on ne comprend plus guère l'infection par le *méphitisme*, c'est-à-dire par la viciation de l'air inspiré, parce qu'il n'est pas vraisemblable que ce milieu gazeux, qui ne véhicule que des produits volatils, puisse servir de moyen d'apport pour ces éléments figurés appelés *microbes* et pour leurs produits qui ne peuvent pénétrer dans l'organisme que par l'intermédiaire d'un dissolvant liquide. Il est vrai que l'on pourrait nous opposer ici l'exemple du bacille de la tuberculose, qui pénètre habituellement par les voies aériennes, mais il s'agit ici d'un cas particulier, peu comparable avec les conditions que réalisent d'ordinaire les différentes espèces de bactériens reconnus nuisibles vis-à-vis des plaies et de toutes les surfaces traumatiques d'absorption. En réalité, les grandes complications septicémiques de ces dernières succèdent toujours à une infection locale. Telle est du moins l'opinion actuellement régnante, celle de l'immense majorité des chirurgiens, et cette opinion a trouvé une sanction éclatante, vraiment décisive, dans les succès opératoires dont l'antisepsie nous donne chaque jour de si nombreux et de si remarquables exemples.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA DIPHTÉRIE.

Suite (1)

D'autres médecins, qui ont pris part à cette discussion, ont fourni des renseignements qui corroborent en partie ceux communiqués par M. Baginski.

Voici, par exemple, une statistique de M. Ritter, qui porte sur 113 cas d'angine, dont 31 n'avaient rien à voir avec la diphtérie. Dans 29 autres cas l'ensemencement des produits pseudo membraneux a donné des cultures pures du bacille de la diphtérie, cultures extrêmement virulentes, ainsi que l'ont démontré les inoculations faites à des animaux. Souvent il a été impossible de constater la présence de ces bacilles dans les fausses membranes pendant les premiers jours de la maladie; de même, leur présence n'a pas toujours pu être constatée d'une façon continue, dans le cours d'une atteinte de diphtérie. Dans un cas, la recherche du bacille de Lœfler dans les produits pseudo-membraneux avait donné des résultats négatifs, lorsque cinq semaines après la fin de l'angine diphtéritique, ce même bacille a été découvert dans la salive du malade.

(1) Voir le numéro précédent.

Dans 51 cas d'angine sporadique, qu'on pouvait soupçonner à première vue d'avoir une origine diphtéritique, la recherche du bacille de Lœfler a donné des résultats positifs 37 fois, des résultats négatifs 15 fois. M. Ritter est convaincu que, dans la plupart de ces derniers cas, le résultat eût été différent si les examens bactérioscopiques avaient été répétés un plus grand nombre de fois.

Dans 8 cas sur 9 d'angine scarlatineuse, l'examen bactérioscopique des produits pseudo-membraneux n'a fait découvrir que des coccus vulgaires; dans le neuvième cas on a réussi à isoler, par voie de culture, le bacille qui passe pour être le germe pathogène de la diphtérie.

— M. Hennoch a fait pratiquer des examens bactérioscopique, par un aide exercé, dans tous les cas de diphtérie qui se sont présentés à sa clinique depuis quelques mois; il est arrivé à des résultats qui démontrent également la présence constante du bacille de Lœfler dans les produits pseudo-membraneux des angines qui, d'après leurs caractères cliniques, pouvaient être rattachées à la diphtérie.

— Mais il ne faudrait pas cependant s'exagérer la valeur pratique de ces examens bactérioscopiques, et c'est là un point sur lequel ont insisté plusieurs des médecins qui ont pris part à cette discussion: Sur le terrain de la clinique, les choses se présentent ainsi; le médecin se trouve en présence d'une angine qui réalise tous les caractères extérieurs de la diphtérie, mais l'adoption des mesures de prophylaxie dirigées contre les dangers de contagion s'impose sans retard, surtout dans le milieu nosocomial, où il est toujours indispensable et possible de soumettre le malade à un isolement plus ou moins rigoureux. Vouloir attendre les résultats de l'examen bactérioscopique, c'est perdre un temps précieux et s'exposer à des mécomptes graves. La même conduite s'impose dans le cas où le diagnostic de la nature de l'origine prête au doute; mais encore ne faut-il pas reléguer dans des mêmes locaux d'isolement, des malades atteints d'un mal qui a tous les caractères de la diphtérie infectieuse, et d'autres atteints d'une angine, en apparence bénigne, que pour une une raison ou une autre on peut soupçonner d'être une angine diphtéritique. L'examen bactérioscopique, qui n'est pas à la portée du premier praticien venu, et qui nécessite une dépense de temps relativement considérable, ne vient, dans l'état actuel des choses, qu'en seconde ligne, pour confirmer ou rectifier le diagnostic qui a dicté les mesures de prophylaxie de la première heure.

— La découverte du bacille de Lœfler, malgré les nombreuses recherches qu'elle a inspirées aux cliniciens et aux bactériologues, laisse d'ailleurs subsister bien des points obscurs, sur ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie des affections diverses qu'à tort ou à raison on rattache à la diphtérie. Grâce à ces recherches, il paraît démontré que l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine n'a rien de commun avec la diphtérie vraie; mais nous ne savons pas encore si la laryngite croupale primitive est ou n'est pas causée par le bacille de Lœfler, si la rhinite fibrineuse est ou n'est pas diphthéritique. Dans les produits membraneux de cette dernière, M. Baginski a constaté la présence du bacille de Lœfler. A ce propos M. Scheinmann a insisté sur ce que, au témoignage d'un grand nombre de cliniciens, cette rhinite fibrineuse est une affection essentiellement bénigne, non contagieuse. Donc la présence du bacille de Lœfler, dans les produits d'exsudation de cette rhinite, n'a pas par elle-même la signification fâcheuse qu'on pourrait être tenté de lui attribuer. D'ailleurs pour ce qui concerne la pathogénie des accidents généraux de la diphthérie infectieuse, nous ne savons pas encore quelle part revient à l'empoisonnement par les toxines du bacille de Lœfler, et quelle aux streptocoques pyogènes émigrés des fausses membranes dans le sang.

— Puis il reste toujours à vider la question fondamentale, qui est de savoir jusqu'à quel point est exacte l'interprétation qui fait du bacille de Lœfler le microbe pathogène de la diphthérie. Sur quoi se base-t-on pour affirmer la virulence spécifique de ce bacille?

On invoque surtout les résultats obtenus en inoculant des cultures pures du bacille en question à des cobayes. Or, il y a lieu de remarquer d'abord, qu'il est impossible de communiquer la diphtérie au cobaye par les voies qui, chez l'homme, servent de porte d'entrée habituelle à l'infection diphtéritique. Ainsi, M. Ritter a mis des cobayes entre les mains d'enfants atteints de la diphtérie, pour servir d'objets d'amusement aux petits malades; il a mélangé à la ration alimentaire de ces animaux des fausses membranes diphtéritiques, il leur a fait manger des raves trempées dans un bouillon fraîchement ensemencé avec des cultures du bacille de Lœfler. Aucune de ces tentatives d'infection n'a abouti. Or, la diphtérie expérimentale, développée chez le cobaye par voie d'inoculation, n'offre pas précisément de grands traits de ressemblance avec la diphtérie humaine. Comme tels on a cité surtout les accidents paralytiques qu'on observe chez les cobayes à la suite des inoculations de cultures du bacille de Lœfler; ils se produisent également quand on injecte à un cobaye, des cultures du streptocoque provenant des membranes diphtéritiques. On ne saurait donc se faire illusion, un point de doute plane encore sur cette question du rôle pathogène du bacille de Lœfler.

— Un autre orateur, M. Zarniko, a remis en mémoire les arguments invoqués par Baumgarten en faveur de cette thèse que ce n'est point le bacille de Lœfler, mais le streptocoque pyogène qui engendre la diphtérie des muqueuses. Or, dès la fin de l'année 1890, les recherches de MM. Roux et Yersin en France, celles d'une série d'observateurs allemands, avaient abouti à battre en brèche toute l'argumentation de Baumgarten. Ces recherches ont établi :

Que dans les cas de diphtérie vraie, la présence du bacille de Lœfler est constante au sein des produits pseudo-membraneux; que ce bacille manque constamment à la surface des muqueuses saines ou envahies par processus pathologique autre que la diphtérie; que le bacille appelé pseudo-diphtéritique, à cause de sa ressemblance morphologique avec le bacille de Lœfler ne se rencontre que rarement dans les fausses membranes de la diphtérie vraie, et qu'il est toujours possible de le distinguer du bacille de Lœfler; que le streptocoque pyogène se rencontre dans une partie seulement des cas de diphtérie, enfin qu'il est possible d'isoler des toxines dont l'inoculation produit les mêmes accidents que l'inoculation des cultures pures du bacille de Lœfler.

En présence de pareils résultats, M. Zarniko est d'avis que le rôle pathogène spécifique du bacille de Lœfler n'est plus niable, et les faits cliniques communiqués par M. Baginski, n'ont plus qu'une valeur confirmative.

— Mais voici que des recherches que M. Troje a fait entreprendre à l'hôpital Urban, de Berlin, ont donné des résultats qui contredisent ce qu'on savait jusqu'ici de la rareté relative du streptocoque dans les cas de diphtérie vraie. Ces re-

cherchés ont porté sur 29 cas d'angine diphtéritique: dans les 29 cas on a constaté la présence du streptocoque au sein des produits pseudo-membraneux; dans 26 cas sur 29, l'ensemencement du suc extrait du parenchyme pulmonaire a fait éclore des colonies du streptocoque, alors même que la matière ensemencée provenait de poumons qui ne contenaient pas de foyers broncho-pneumoniques. Dans 12 cas, le streptocoque se rencontrait à l'état de culture pure dans le sang du cœur et dans la rate. Il y avait donc en jeu, dans ces cas, une véritable septicémie, et les résultats annoncés par M. Troje sont de nature à faire attribuer un rôle prépondérant au streptocoque pyogène dans les cas de diphtérie qui se terminent par la mort.

Bref, le problème que soulève l'étiologie de la diphtérie est loin d'avoir trouvé sa solution définitive dans la découverte du bacille de Lœfler.

E. RICKLIN.

BULLETIN

Académie des sciences : Une maladie du champignon de couche. — *Académie de médecine* : Du méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale. — *Sénat* : Le rapport de M. Cornil sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

Le champignon de couche entre dans la préparation de nos menus quotidiens et l'industrie dont sa culture est l'objet intéresse ainsi à un haut degré l'hygiène publique. Or cette industrie est menacée par une maladie qui sévit sur les champignons et cause de grandes pertes dans les champignonnières des environs de Paris. La moitié de la récolte est journellement perdue. On peut se demander en outre si elle ne compromet pas la qualité des champignons qui, plus ou moins atteints, sont livrés à la consommation. Il y a lieu d'appeler sur ce point l'attention des inspecteurs des marchés. Quoi qu'il en soit, il résulte d'une note adressée à l'Académie des Sciences par MM. Constantin et Dufour, que la maladie en question est due à un parasite, une mucédinée, qu'ils sont parvenus à cultiver dans divers milieux. Les deux auteurs poursuivent leurs recherches en vue de mieux connaître ce parasite et de pouvoir ensuite l'attaquer et le détruire, de manière à en préserver les champignons.

— La dernière séance de l'Académie de médecine a été en grande partie remplie par une communication de M. Guéniot sur le méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale. Le travail de notre collègue a pour base principale quatre faits qu'il a observés et qui sont à peu près identiques; on peut les résumer les uns et les autres de la manière suivante :

Une femme passe les derniers temps de sa grossesse et accouche dans un appartement plus ou moins envahi par les gaz méphitiques qui se dégagent d'un lieu de voisinage (égouts, fosses d'aisances, cabinets d'aisances, plombs, pièces de décharge, etc.). On sait que ces gaz sont en grande partie constitués par du sulfhydrate d'ammoniaque, de l'hydrogène sulfuré, de l'azote, de l'acide carbonique, entraînant des substances organiques volatiles. D'après les recherches de M. Miquel, les micro-organismes y sont en moindre quantité que dans l'air pur.

Dès le lendemain, en moins de vingt-quatre heures, l'accouchée est prise de frissons, de fièvre, de tous les symptômes de la septicémie puerpérale, sans qu'il soit permis d'attribuer ces symptômes à aucune autre cause quelconque. Cette septicémie, d'ailleurs, n'a pas de tendance suppurative et elle cède, pendant qu'on assainit le milieu ambiant, à l'emploi de l'alcool, de la quinine, des antiseptiques, en particulier et avant tout aux injections intra utérines phéniquées.

Comment agit en pareil cas le méphitisme? Suivant M. Guéniot, les gaz énumérés plus haut sont absorbés par la voie pulmonaire d'abord, puis par la voie génitale (plaie utérine, excoriations des organes génitaux externes) au contact de divers objets de toilette ou de pansement qui en sont eux-mêmes imprégnés, et comme ces gaz favorisent le développement des microbes anaérobies, le vibrion septique, qui appartient à cette classe, trouve, sous leur influence, un milieu favorable à sa culture dans la plaie utérine. Qu'on agisse sur celle-ci par l'acide phénique qui est l'agent microbicide par excellence du vibrion septique, et les symptômes infectieux tendent à disparaître.

Dans la discussion un peu confuse qui a suivi cette communication, MM. Guérin et Charpentier ont contesté l'infection par la voie pulmonaire; ils sont d'avis qu'elle se fait exclusivement par la voie génitale. Le débat n'est pas fini, et nous aurons à revenir sur ce point. M. Hervieux, qui s'est fait inscrire pour la prochaine séance, rappellera sans doute certaines observations, remontant à l'époque où la fièvre puerpérale sévissait par poussées épidémiques terribles dans les maternités et d'après lesquelles des femmes enceintes, ou même des sages-femmes, des infirmières, en dehors de l'état de grossesse, auraient subi l'action septique du milieu infectieux dans lequel elles vivaient. Elles présentaient, dira-t-on, les unes et les autres, de petites plaies (excoriation, écorchures, etc.) qui, dans un temps où l'infection microbienne était inconnue, ont échappé naturellement à l'attention des observateurs. C'est possible, mais la démonstration n'en est pas faite. Par contre, ce qui est démontré, c'est l'action toxique, par les voies respiratoires, de l'air méphitique. Outre le fait personnel à M. Guéniot qui a eu des accidents consécutifs à l'inhalation de gaz putrides provenant d'un utérus, il est facile d'en appeler à l'expérience de ceux qui ont séjourné dans les salles de dissection ou d'autopsie. On comprend ensuite que cette intoxication de l'économie prédispose à des infections d'un autre ordre, en rendant, comme l'a dit M. Guéniot, certains milieux plus favorables au développement de tel ou tel germe infectieux, que ce germe vienne du dehors ou que, suivant la théorie du microbisme latent, il soit déjà depuis plus ou moins longtemps, l'hôte de l'organisme. Il n'y a rien, dans cette conception, qui soit en opposition avec les doctrines bactériologiques actuelles.

— Nous avons annoncé, dans le dernier numéro, que M. Cornil avait déposé, sur le bureau du Sénat, son rapport sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Après le long et consciencieux examen qui, par deux fois, a été fait de ce projet dans les colonnes de la *Gazette médicale*, nous ne croyons pas utile d'entreprendre la discussion du rapport de notre excellent confrère. Nous avons dit, et il ne nous déplaît pas de répéter que la commission du Sénat a largement tenu compte des critiques dont le projet émané de la Chambre des députés a été ici l'objet. La commission a même modifié, sur certains points, son texte primitif. Ces modifications, à vrai dire, portent sur quelques points de détail ou d'une importance

secondaire et ne changent pas sensiblement l'économie générale du projet. Nous ne nous y arrêterons pas, d'autant mieux que nous aurons occasion d'y revenir à propos de la discussion prochaine devant le Sénat. Ce que nous voulons aujourd'hui, c'est retenir, du rapport de M. Cornil, quelques documents ou renseignements qui, en dehors même du projet de loi, offrent un certain intérêt.

A propos de la suppression de l'officiat de santé, votée par la Chambre des députés, la Commission du Sénat a provoqué une enquête auprès des Conseils généraux de tous les départements, sur le degré d'utilité et la valeur des services rendus par les officiers de santé dans les campagnes. Ce sont les résultats statistiques de cette enquête qui vont arrêter un instant notre attention.

Notons d'abord la diminution progressive, depuis cinquante ans, du nombre des médecins, coïncidant avec le mouvement en sens inverse de la population. En 1847, le nombre des médecins, non compris l'Algérie, était de 18.099; en 1886, il est de 14.789. Mais cette diminution considérable porte sur les officiers de santé, dont le nombre décroît d'autant plus que celui des docteurs est en voie d'accroissement. Ainsi, de 1847 à 1886, le nombre des officiers de santé est descendu de 7.454 à 2.794, tandis que celui des docteurs s'est élevé de 10.643 à 11.995.

Depuis dix ans, la moyenne annuelle des officiers de santé qui obtiennent leur grade dans les Facultés et Ecoles secondaires est de 100; celle des docteurs est de 650. Sur 16 Ecoles préparatoires, 12 ne reçoivent en moyenne que de 1 à 3 officiers de santé par an.

L'âge de réception des officiers de santé devant la Faculté de Paris est en moyenne de 36 ans et 4 mois. Celui des docteurs est de 25 à 28 ans pour la grande masse, de 26 à 32 ans pour ceux qui passent par l'internat

La diminution progressive des officiers de santé tient à différentes causes parmi lesquelles le discrédit qui a pesé sur eux dès leur origine, et les conditions de plus en plus difficiles et onéreuses de leur scolarité paraissent avoir joué le rôle prépondérant. La nouvelle loi militaire, qui les prive du privilège accordé aux candidats au doctorat de ne faire qu'un an de service à la condition d'être à 26 ans reçus docteurs ou internes des hôpitaux, crée entre eux et les docteurs une ligne de démarcation de plus en plus profonde et aurait eu pour résultat une prompte extinction de l'officiat, si la loi en voie de délibération ne le supprimait pas.

Un autre point à signaler, c'est l'inégale répartition sur le territoire des médecins en général, et, respectivement, des docteurs et des officiers de santé. Ceux-ci étaient destinés dès le principe à répondre aux besoins de la médecine rurale. La statistique démontre qu'on s'est fait sous ce rapport une illusion complète. En effet, tandis que dans les départements pauvres et montagneux, comme les Hautes-Alpes, la Haute-Loire, la Haute-Savoie, la Lozère, etc., on ne compte qu'un officier sur 10 à 20 docteurs, dans les départements riches et populeux comme ceux de la Seine, des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, etc, la proportion des officiers de santé est de 1 pour 2 à 4 docteurs. Dans certains départements du Nord, dont la densité et la richesse de la population semblent marcher de front, le nombre des officiers de santé atteint et même dépasse, comme dans la Somme, celui des docteurs.

Si l'on envisage la répartiton des médecins suivant les régions on sait par exemple que, tandis que l'on compte 1 médecin pour 1.249 habitants dans le département de la Seine, pour 1,195 dans les Alpes-Maritimes, pour 1.723 dans les Bouches-du-Rhône, le Morbihan n'en possède que 1 pour 7.538 habitants, les Côtes-du-Nord, 1 pour 5.757 habitants, le Finistère 1 pour 6.872 habitants, etc. Cette inégalité dans la répartition des médecins tient moins aux conditions matérielles de la lutte pour l'existence qu'aux différences observées dans la vocation médicale, très fréquente dans certains départements, ceux du Sud-Ouest, par exemple, rare au contraire dans d'autres, comme ceux où le commerce et l'industrie sont fortement développés.

La diminution progressive du nombre des médecins, leur tendance à déserter les campagnes pour les centres plus populeux créent, au point de vue des intérêts ruraux, un danger qui ne pouvait échapper à la Commission sénatoriale. Aussi s'est-elle faite l'interprète des populations rurales et de la majorité des Conseils généraux pour réclamer du gouvernement et du parlement une loi pour l'Assistance médicale dans les campagnes. « Lorsque les secours médicaux seront bien organisés, et suffisamment rémunérés, dit M. Cornil, on peut être sûr qu'il ne manquera pas de compétiteurs parmi les docteurs et que les paysans seront soignés par des hommes aussi instruits que ceux qui exercent dans les villes. » Espérons, avec notre confrère, que l'organisation de l'Assistance médicale dans les campagnes, à l'étude depuis de si longues années, suivra de près la réforme de la loi de Ventose et sera ainsi bientôt inscrite à l'ordre du jour des deux Chambres.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Conseil général des facultés de Paris. — Le Conseil a tenu une séance extraordinaire pour une affaire de discipline. Il a entendu et jugé un étudiant de la Faculté de médecine, et l'a condamné à une suspension de scolarité pendant deux ans.

M. le président a donné ensuite communication d'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, répondant au vœu émis par le Conseil, dans sa précédente séance, que la faculté fût laissée aux étudiants de devancer l'appel de leur classe, comme cela est permis aux élèves des Ecoles normale, forestière, vétérinaire, etc. M. le ministre estime qu'actuellement il n'est pas possible de donner à l'article 59 de la loi militaire une autre interprétation que celle que suit le ministre de la guerre. Mais il dclare que tout son intérêt est acquis à cette question.

Société protectrice de l'enfance. — Cette Société a tenu, dimanche dernier, sa séance générale annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Rochard, membre de l'Académie de médecine, président d'honneur. M. Rochard a montré la nécessité de l'initiative privée pour compléter les services de l'Assistance publique; il a ensuite loué les bienfaits de la Société, qui prépare la défense du pays. Sur 250.000 enfants au-dessous de cinq ans qui meurent chaque année, 100.000 pourraient être sauvés. « Nous ne pouvons forcer à naître, mais nous pouvons empêcher de mourir. » La protection matérielle et morale de l'enfance est le seul moyen de compenser la diminution de la natalité et d'enrayer la lente invasion étrangère qui finirait, si le mouvement de dépopulation s'accentuait, par submerger la patrie française.

M. Blache, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de l'année 1891. La Société, qui compte 3.000 membres, a dépensé, l'année dernière, 38.000 francs. MM. Marjolin, président effectif de la Société, et Sevestre, donnent ensuite lecture de la liste des médailles ou récompenses accordées aux médecins-inspecteurs, dont les services sont gratuits, et aux mères-nourrices.

Statistique de la rage. — Il résulte d'une statistique faite par la Préfecture de police que la rage a augmenté dans des proportions considérables. Ainsi, en 1890, il y a eu 201 cas de rage et 61 personnes mordues par des animaux enragés; or, en 1891, le chiffre des cas de rage s'est élevé à 400 et le nombre des personnes mordues par des animaux enragés à 143.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et la limite d'âge de l'internat. — La Commission du Conseil, chargée d'examiner les légitimes réclamations des étudiants en médecine, présentera dans la prochaine réunion une proposition donnant droit en partie aux pétitionnaires. Le règlement sur la limite d'âge serait appliqué seulement à partir du concours de 1897. Jusque-là, les conditions actuelles demeureraient en vigueur. On espère que le Conseil de surveillance acceptera cette proposition.

Projet de loi ayant pour objet la constitution des Universités en France.

Article premier. — Toute Université comprend les quatre Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres, ou, à défaut d'une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice. S'il existe au chef-lieu de l'Université une Ecole supérieure de pharmacie, elle fait partie de l'Université.

Ces Facultés ou Ecoles devront être établies dans la même ville, et l'Université portera le nom de la ville où elle siège.

Art. 2. — Chaque Université sera instituée par une loi et devra préalablement justifier, pour la moyenne de chacune des cinq dernières années, de la présence de cinq cents étudiants au moins inscrits régulièrement.

Cette loi déterminera les établissements d'enseignement supérieur, dépendant du ministère de l'instruction publique, autres que les Facultés ou Ecoles mentionnées à l'article premier, qui seront, s'il y a lieu, rattachés à chaque Université.

Art. 3. — l'Université est personne civile, sans que les Facultés ou Ecoles qui la composent cessent de l'être.

Art. 4. — Chaque Université est administrée, sous l'autorité du ministre de l'instruction publique, par le recteur de l'Académie.

Art. 5. — Il est institué, dans chaque Université, un Conseil composé ainsi qu'il suit :

Le recteur, président de droit ;

Les doyens des Facultés, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, et, s'il y a lieu, le directeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

Deux professeurs titulaires de chaque Faculté et de l'Ecole supérieure de pharmacie, et, s'il y a lieu, un professeur de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, élus pour trois ans par l'ensemble des professeurs titulaires, chargés de cours, maîtres de conférences, chefs des travaux pratiques de chacun de ces établissements, pourvus du grade de docteur ou du diplôme supérieur de l'Ecole de pharmacie.

Le Conseil élit chaque année, parmi ses membres, un vice-président, qui n'est rééligible qu'à un an d'intervalle.

La loi qui rattachera aux Universités des établissements d'enseignement supérieur déterminera la condition de leur représentation dans le Conseil.

Art 6. — Le Conseil de l'Université statue définitivement sur les objets suivants :

1° Acceptation ou refus des dons et legs faits à l'Université, quand ils ne donnent pas lieu à réclamation ;

2° Exercice des actions en justice ;

3° Administration des biens de l'Université ;

4° Etablissement, après avis de chaque Faculté ou Ecole, du tableau général des cours, conférences et exercices pratiques, lesquels doivent comprendre les divers enseignements exigés pour l'obtention des grades prévus par les lois et règlements ;

5° Organisation des cours, conférences et exercices pratiques, communs à plusieurs Facultés ;

6° Réglementation des cours libres.

Art. 7. — Les délibérations par lesquelles le Conseil de l'Université statue définitivement sont exécutoires, si, dans le délai d'un mois, elles n'ont pas été annulées pour excès de pouvoir ou pour violation d'une disposition de la loi ou d'un règlement, par un décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 8. — Le Conseil de l'Université délibère, sous l'approbation du ministre :

1° Sur les acquisitions, donations et échanges de biens, meubles et immeubles appartenant à l'Université ;

2° Sur les offres de subventions faites à l'Université par les départements, les communes, les associations déterminées par l'article 14, et les particuliers ;

3° Sur la création des enseignements rétribués sur les fonds de l'Université ;

4° Sur les règlements relatifs au mode de nomination des appariteurs et gens de service de l'Université.

Art. 9. — Le Conseil de l'Université donne son avis :

1° Sur les projets de budget de l'Université et de chaque Faculté ;

2° Sur les comptes administratifs du recteur et des doyens ;

3° Sur les créations, transformations et suppressions d'enseignements rétribués sur les fonds de l'État ;

Art. 10. — Il adresse, chaque année, au ministre, un rapport sur la situation de l'Université.

Il est substitué au Conseil académique, dans les attributions contentieuses et disciplinaires, en ce qui concerne l'enseignement supérieur public.

Art 11. — Le Conseil de l'Université, après avis de la Faculté compétente, peut autoriser à faire des cours libres, annuels ou semestriels, tout docteur ou tout membre de l'Institut, ou toute personne qui justifie d'études spéciales sur les matières devant faire l'objet de son enseignement.

S'il y a désaccord entre le Conseil de l'Université et la Faculté compétente, le ministre statue, après avis du Comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Le Conseil de l'Université détermine les cas où les cours libres peuvent donner droit à l'usage des laboratoires dits d'enseignement ou de manipulation, et aussi à l'usage des collections de la Faculté et de la bibliothèque. Il fixe, s'il y a lieu, la rétribution à percevoir des auditeurs, soit au profit

des personnes autorisées, soit pour l'usage des laboratoires.

Art. 12. — Le recteur exerce vis-à-vis de l'Université les pouvoirs qu'il tient, en matière d'enseignement supérieur, des lois et règlements en vigueur.

Art. 13. — Le recteur convoque le Conseil de l'Université toutes les fois qu'il le juge nécessaire.

Il est tenu de le convoquer sur la demande écrite du tiers de ses membres.

La demande doit énoncer l'objet de la réunion.

Art. 14. — Le recteur exécute les décisions prises par le Conseil de l'Université dans la limite de ses pouvoirs et des lois.

Art. 15. — Le budget de chaque Université est arrêté par le ministre de l'Instruction publique.

Art. 16. — Il est fait recette au budget de chaque Université :

1° Des ressources propres de l'Université ;

2° Des droits qu'elle peut être autorisée à percevoir par les lois de finances, soit pour des certificats d'études et diplômes honorifiques, soit pour toute autre cause justifiée ;

3° Des subventions allouées par les départements, les villes, les particuliers ou les associations autorisées, comme il est dit ci-après ;

4° Des excédents de ressources sur les crédits ouverts au budget de l'instruction publique, pour le personnel de chaque Université.

Il continuera d'être fait recette au budget de chaque Faculté des excédents sur les crédits ouverts pour le matériel au budget de l'instruction publique.

Art. 17. — Le compte des opérations de recette et de dépenses effectuées dans chaque Université sera présenté chaque année à la suite du compte définitif des dépenses du ministère de l'instruction publique.

Les agents comptables des Universités sont nommés par le ministre des finances.

Art. 18. — Dans les villes et les départements, les maires des villes et un délégué du conseil général, lorsque les villes ou les départements allouent des subventions aux Universités, ont entrée au Conseil de l'Université avec voix délibérative, dans les séances où sont discutés les projets de budget, les comptes administratifs et les rapports annuels sur l'état de l'enseignement.

A Paris, le préfet de la Seine et un délégué du conseil municipal exercent le même droit.

En jouissent également les présidents des associations formées dans le dessein de favoriser le développement des Universités, et autorisées comme telles par l'autorité compétente.

Art. 19. — Il n'est rien innové, au point de vue des attributions, dans les Académies où les Facultés ne seront pas constituées en Université.

Art. 20. — Sont abrogées les dispositions des lois, décrets et règlements contraires à la présente loi.

NOUVELLES

Association générale des médecins de France.

ASSEMBLÉE DE 1892.

Ordre du jour des deux séances.

Dimanche 24 avril 1892. — La séance sera ouverte à 2 h.

1° Rapport de la commission de recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France, et allocution du président ;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, et rapport sur la gestion du trésorier ;

3° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1891, et notice sur M. le président H. Roger, par M. Riant ;

4° Election d'un vice-président en remplacement de M. Lannelongue ;

5° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré ;

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association et renouvellement partiel du Conseil général ;

7° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1893 ;

8° Rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères à accorder en 1892.

Lundi 25 avril 1892. — La séance sera ouverte à 2 heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ;

3° Vote des conclusions du rapport de M. de Ranse sur les pensions viagères ;

4° Rapport de M. Bucquoy sur un projet de statuts pour la caisse indemnité-maladie, dont l'approbation est soumise à l'Assemblée générale ;

5° Rapport de M. Horteloup, au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1893, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

Congrès français de médecine mentale en 1892. — Le troisième Congrès français de médecine mentale s'ouvrira à Blois le 1er août 1892.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique* ;

2° *Le secret médical en médecine mentale* ;

3° *Les colonies d'aliénés.*

Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1892. — Le vingt et unième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 8 au 11 juin prochain.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 21 AU 27 FÉVRIER 1892.

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 0. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 26. — Grippe, 8. — Phtisie pulmonaire, 135. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 73. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 113. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 54. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 34. — Suicides et autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 245. — Causes inconnues, 6. — Total 1095.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

54. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles AMAT,
Médecin-major de 2e classe.

Les coups de feu, derniers arguments d'une discussion entre particuliers ou conséquence d'une diplomatie impuissante entre peuples, atteignent fréquemment l'abdomen. Ils donnent lieu à des lésions variées, mais toujours très graves, entraînant une forte mortalité. Savoir si l'on peut et si l'on doit, dans ces cas, recourir à une intervention chirurgicale réglée, pratiquer la laparatomie, est la question que chacun se pose (1) d'autant que des discussions de la Société de chirurgie (1) ne se dégage pas une ligne de conduite nette et précise. Il semble, au contraire, qu'après une période d'engouement pour l'ouverture du ventre, l'expectation armée, voire même l'abstention systématique, retrouve aujourd'hui un regain de faveur.

A ne considérer que les plaies abdominales produites par coups de revolver, on constate, d'après une statistique dressée par Reclus (2), la guérison de 75 0/0 de malades ayant reçu des soins médicaux et traités par l'expectation chirurgicale, contre une mortalité de 78 0/0 signalée chez les blessés ayant subi la laparotomie.

Stimson (3), à son tour, après avoir relevé tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, reçues dans les dix hôpitaux de New-York, de 1875 à 1885, trouve 20 guérisons sur 37 malades inopérés et 4 guérisons seulement consécutives à 29 laparotomies pratiquées de 1885 à 1889. Serrant de plus près le problème, se limitant à la statistique de deux seuls hôpitaux, il constate 10 morts et 3 guérisons pour 13 interventions, contre 13 morts et 4 guérisons survenues chez 17 blessés traités par l'abstention. Avec 76,9 0/0 de mortalité dans le premier cas et 76 0/0 dans le second, les avantages restent encore du côté de l'expectation.

Les résultats consécutifs à l'action des *projectiles de*

(1) Congrès de chirurgie de Washington, 1887. — Troisième congrès de chirurgie française de Paris, mars 1888.

(1) Séances des 15 et 29 décembre 1886; 5, 12, 19 janvier et 20 avril 1887; 4, 11, 18 et 25 avril 1888; 30 janvier, 6 et 13 février, 5 juin, 27 novembre 1889; 11 juin 1890; 29 avril, 22 et 29 juillet, 14 octobre 1891.

(2) Société de chirurgie, 11 juin 1890.

(3) Stimson. Des plaies abdominales par armes à feu et des plaies de l'intestin en particulier. (*New-York med. journ.*, 26 août et 2 novembre 1889.)

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1).

IV

La loi du 24 juillet 1873 établit pour la première fois en Espagne les règles pour le travail des femmes et des enfants dans les mines, usines, ateliers et, en général, dans les établissements dangereux et insalubres. L'Angleterre est la nation qui s'est occupée la première de cette grave question (1801), puis vient la France (1810), puis l'Allemagne (1869).

La loi de 1873, ne permet pas le travail aux enfants de moins de 10 ans (1); elle interdit un travail de plus de 5 heures aux enfants au-dessous de 13 ans et aux filles au-dessous de 14 ans; elle fixe le maximum de travail à 8 heures pour les garçons de 13 à 15 ans et les filles de 14 à 17; elle interdit aux enfants de moins de 17 ans le travail de nuit dans les établissements où il y a des moteurs hydrauliques ou à vapeur. Elle ordonne que les industries situées hors des villes entretiennent des écoles de garçons, de filles, d'adultes, aient une pharmacie et un médecin pour les cas d'accidents.

Pour l'observation de ces prescriptions diverses, la loi crée une commission mixte composée d'ouvriers, de patrons, des maîtres des écoles, des médecins, et présidée par un juge de paix.

Mais cette législation sur le travail des enfants et des femmes va être modifiée.

Voici les principaux extraits du projet de loi présenté par le ministère espagnol.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, 2, 5, 6, 8 et 10, 1892.

(1) A une intéressante discussion à l'Athénée de Madrid (23 février 1891) M. Calatravena a dit, que, dans certaines usines, les enfants travaillent dès l'âge de 6 ans.

guerre sont bien autrement désastreux. Il suffit de s'en référer au « rapport (1) sanitaire de l'armée allemande en campagne 1870-71 » où il est établi que si la mortalité sur le champ de bataille par coups de feu de l'abdomen étant de 10 0/0 se trouve inférienre à celle consécutive aux plaies de tête 50 0/0 ou de poitrine 13 0/0, les hommes atteints de lésions abdominales succombent dans la proportion de 35 0/0 pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent. Et ces chiffres, pour si peu rassurants qu'ils soient, sont fournis par le « Sanitäts Bericht » comme la moyenne des six dernières guerres effectuées de 1850 à 1870.

Otis (2), dans son rapport sur la guerre de Sécession indique que la moitié, en chiffre rond, des coups de feu de l'abdomen furent mortels. Quant aux lésions pénétrantes, avec atteinte des organes, la moyenne aurait été de 90 morts pour 100 blessés. Neudorfer (3) donne dans sa chirurgie de guerre un pareil pourcentage; quant à Stromeyer (4), il déclare n'avoir jamais, dans ces cas, constaté de guérison.

Si l'on s'en rapporte aux faits observés en 1870-71, on ne trouve sur 1.600 coups de feu de l'abdomen, que 26 guérisons de lésions certaines de l'intestin. Bien que cette létbalité énorme, qui a de tout temps attiré l'attention, eût engagé des chirurgiens tels que Larrey (5), Baudens (6), Dupnytren (7), Legouest (8), Pirogoff (9), Otis (10), à pousser dans la voie d'une intervention plus active, la plupart des chirurgiens militaires nous paraissent devoir, en temps de guerre, se rallier au système de l'abstention. C'est qu'en effet, ils ont des raisons pour croire tout au moins illusoires leurs interventions en cas de délabrements considérables ou minimes, ces derniers pouvant guérir spontanément.

Cette façon de voir est au reste partagée par l'auteur du « Sanitats-Bericbt » qui se prononce carrément pour le rejet de toute opération et préconise le traitement par l'opium à haute dose, qui à lui seul a pu amener quelques succès.

(1) Histoire médico-chirurgicale de la guerre 1870-71 publiée par le bureau médico-militaire allemand.
(2) Hist. of the War of the Rebellion, 1876 (*Med. and. Surg*).
(3) Chirurgie moderne théorique et pratique, 1885.
(4) Erinnerungen eines deutschsen arztes. Hannover, 1875, 2 vol. in-8°
(5) Clinique chirurgicale, t. II.
(6) Clinique des plaies d'armes à feu, 1836.
(7) Leçons orales de clinique chirurgicale, 1836.
(8) Traité de chirurgie d'armée, 2e éd., 1870.
(9) Chirurgie de guerre (*Langenbeck' o archiv.*, XXVII, p. 278).
(10) *Loco citato.*

DES PROJECTILES DE PETIT CALIBRE

Considérations générales sur les projectiles de petit calibre. — Les projectiles de petit calibre sont tous les corps vulnérants lancés par les armes à feu portatives, armes de main, fusils et révolvers. En plomb coulé et durci, parfois recouverts d'enveloppes d'un métal plus consistant, ils sont animés d'un mouvement de projection en avant, qui se mesure par l'espace parcouru en une seconde à la sortie du canon. Cette vitesse initiale, pour si élevée qu'elle soit, varie inévitablement d'un instant à l'autre par l'action de la pesanteur et de la résistance de l'air, aussi le projectile n'agit-il sur l'obstacle qu'il rencontre en un point quelconque de sa course que par le produit de sa masse et de sa vitesse restante : de ces deux facteurs, l'un fixe, l'autre essentiellement variable, c'est ce dernier qui permet d'apprécier plus particulièrement sa puissance destructive. Il est aisé de comprendre qu'au point de vue balistique, la vitesse restante est fonction de la vitesse initiale et que plus cette dernière sera grande, plus la tension de la trajective sera augmentée, compensant en partie les errenrs considérables résultant du réglage du tir à distance inconnue, accroissant la profondeur de la zone dangereuse et capable de mettre hors de combat un plus grand nombre d'hommes.

Les petits projectiles, lancés par les armes en service, jusqu'à cette dernière beure chez nous et chez tous nos voisins, avaient une vitesse initiale à peu près égale et en progrès très sérieux, au point de vue meurtrier, sur ceux qui les avaient immédiatement précédés. La limite des perfectionnements semblait être atteinte. Pour mieux faire encore, pour obtenir une trajectoire plus rasante, sans augmenter le recul, il fallut adopter des projectiles d'une longueur absolue, un peu plus grande, il est vrai, mais d'un ca-

---

Parlons d'adord des femmes.

Tout travail nocturne (de 9 h du soir à 5 h. du matin) est interdit aux filles de moins de 18 ans.

La durée du travail des femmes dont l'âge est compris entre 16 et 23 ans, ne pourra dépasser dix heures par jour, interrompues par un repos d'au moins une heure et demie.

Il est interdit d'employer les femmes dans les jours qui suivent leur délivrance à un travail notoirement préjudiciable à leur santé.

Si le logement des ouvriers dépend des chefs d'établissements industriels, ils devront veiller à la séparation des sexes, à moins qu'ils ne s'agisse des membres d'une même famille.

Naturellement le projet énonce des peines pour infraction aux conditions ci-dessus indiquées.

Dans le projet ministériel, tout travail est interdit aux enfants de moins de dix ans. La durée du travail pour garçons de 10 à 14 ans et filles de 10 à 16 ans sera d'une demi-journée au maximum, avec une heure de repos.

Mais dans aucun cas on ne pourra employer des enfants de moins de 14 ans aux travaux souterrains des mines, à la manipulation de matières dangereuses ou insalubres, ou maniement de machines.

Tout travail nocturne est interdit aux enfants de moins de 16 ans.

La présentation d'un certificat de vaccine est indispensable pour être admis dans un établissement industriel.

Les enfants non munis d'un certificat d'instruction primaire doivent fréquenter, pendant trois heures par jour, au moins, une école qui ne soit pas distante de l'établissement de plus de 2 kilomètres.

Tout travail d'agilité, d'équilibre, exigeant la force ou la dislocation du corps est interdit aux enfants de moins de 16 ans.

L'examen du projet de loi a été confié à une commission présidée par M. Moret, qui a introduit jusqu'ici quelques modifications dans le texte ministériel et a récemment proposé la division de son travail entre plusieurs sous-commissions (novembre 1891).

§ 11. — *Aide de l'industrie à ses ouvriers*

I

Les entreprises particulières, les grandes industries s'occupent quelquefois du bien-être des travailleurs qu'elles emploient.

ibre moindre, en tous cas d'un poids plus faible, et un corps déflagrant à combustion rapide et presque complète avant leur déplacement, capable en tous cas d'agir sur eux pendant un plus long parcours. La poudre Vieille vint chez nous donner satisfaction à ce dernier désidératum. A l'avantage qu'elle avait de donner très peu de fumée, de produire une faible détonation, elle joignait celui d'être sinon l'agent balistique le plus puissant, du moins le plus maniable et fut choisie à ce titre pour entrer seule dans la composition des cartouches.

Faut-il rappeler que l'armement des puissances européennes est à l'heure actuelle en complète transformation, que la réduction du calibre et partant du diamètre des projectiles rencontre la plus grande faveur ? Néanmoins, si une conflagration éclatait en ce moment, les projectiles de petit calibre employés seraient encore de deux sortes ayant, ainsi qu'on peut le voir, sur le tableau ci-après, les uns de 10 à 11 m/m 5 de diamètre, avec un poids de 20 à 31 grammes et une vitesse variant de 400 à 450 mètres ; les antres de 6 m/m, 5 à 9 m/m, pesant de 15 à 20 grammes, avec une vitesse initiale pouvant atteindre et dépasser 700 mètres !

Allemagne. — Fusil à répétition, modèle 1871-84 (11mm) ; calibre du canon, 11 ; projectile cylindre ogival : diamètre, 11.2 ; poids, 25 gr. ; composition, pl. mou ; vitesse, 440.

— Fusil à répétition, modèle 1888 (8mm) ; cal. du can., 7.9 ; proj. cyl. og. : p., 14 gr. 5 ; c., dur ; v., 620.

Angleterre. — Fusil, modèle 1871 (Martini Henry) ; cal. du cau., 11.43 ; proj. cyl. og. : d., 11.7 ; p., 31 gr. 2 ; c., dur ; v., 408.

— Fusil à répétition, modèle 1889 (Lee-Metford) ; cal. du cau., 7.7 ; proj. cyl. og. : p., 14 gr. 5 ; c., dur ; v., 408.

Autriche. — Fusil à répétition, modèle 1888 (8mm) ; cal. du can., 8 ; proj. cyl. og. : d., 8.2 ; p., 15 gr. 8 ; c., dur ; v., 620.

— Fusil à répétition, modèle 1886 (11mm) ; cal. dn can., 11 ; proj. cyl. og. : d., 11.2 ; p., 24 gr. ; c., dur ; v., 490.

— Fusil, modèle 1876-77 (Werndl, 11mm) ; cal. du can., 11 ; proj. cyl. og. : d., 11.2 ; p., 24 gr. ; c., mou ; v., 438.

Belgique. — Fusil, modèle 1889 (Mauser) ; proj. cyl. og. : d., 7.65 ; p., 14 gr. : pl. mou ; v., 603.

Espagne. — Fusil, modèle 1871-88 (Remington) ; cal. du can., 11 ; proj. cyl. og. : d., 11.5 ; p., 29 gr., c., dur ; v., 440.

France. — Fusil à répétition, modèle 1886 (8mm) ; cal. du can., 8 ; proj. cyl. og. : d., 8.2 ; p., 15 g. ; c., dur ; v., 610.

— Fusil, modèle 1874 (Gras, 11mm) ; cal. du can., 11 ; proj. cyl. og. ; d., 11.2 ; p., 25 gr. ; c., mou ; v., 450.

Italie. — Fusil à répétition, modèle 1870-87 ; cal. dn can., 10.4 ; proj. cyl. og. : d., 10.65 ; p., 20 gr. ; c., mou ; v., 490.

— Fnsil à répétition, modèle 1891 (Mauser) ; cal. du can., 6.5 ; proj. cyl. og. ; v., 720.

Portugal. — Fusil à répétition, modèle 1885 (Guèdes) ; cal. du can., 8 ; proj. cyl. og. : d., 8.2. p.. 16 gr. ; c., dur ; v., 525.

Russie. — Fusil d'infanterie (Berdan II. 10mm6 ; cal. du can., 10.66. ; proj. cyl. og. : d., 11 ; p., 24 gr. ; c., mou ; v., 437.

Serbie. — Fusil, modèle 1880 (Mauser-Milonanovic) ; cal. du can., 10.15 ; proj. cyl. og. p., 21 gr. 1 ; c., dou ; v., 512.

Suisse. — Fusil à répétition, modèle 1869-81 ; cal. du cau. 10.4 ; proj. cyl. og. : d., 10.85 ; p., 20 gr. 3 ; c., dur : v., 435.

— Fusil à répétition, modèle 1890 (Mauser) ; cal. du can., 7.5 ; proj. cyl. og..

Turquie. — Fusil à répétition, modèle 1887 ; cal. du can., 9.5 ; proj. cyl. og : d., 9.7 ; p., 18 gr. 5 ; c., dur ; v., 536.

— Fusil d'infanterie (Peabody-Martini) ; cal. du can., 11.43 ; proj. cyl. og. : d., 11.7 ; p., 31 gr. 2 ; c., dur ; v., 408.

Les balles de revolver de guerre pèsent de 11 à 17 gr. et leur vitesse ne dépasse pas 160 mètres. Leur force active à 14 mètres, distance ordinaire du tir, est égale à celle des fusils de 11 millim. à 400 et 500 mètres.

Quant aux balles des revolvers fournies par le commerce, elles ont un calibre se réduisant jusqu'à 5 millim. Les plus usuelles en ont 6 et 7. Elles sont animées, en tous cas, d'une faible vitesse.

Mode d'action des projectiles de petit calibre. — Lorsqu'un corps se meut dans l'air, il est obligé, en vertu de l'impénétrabilité de la matière, de se frayer un passage à travers ce fluide en déplaçant ses molécules ; la résistance qu'il éprouve est proportionnelle à la vitesse dont il est animé et à sa section perpendiculaire à la direction du mouvement. Les projectiles oblongs exercent donc sur le milieu ambiant une pression antérieure et latérale, d'autant plus forte que la vitesse restante est plus élevée. La pression latérale est généralement négligée dans les études balistiques, mais, pour si minime qu'elle soit, elle existe, ainsi que nous l'a démontré l'expérimentation après avoir été mise en saillie par un fait clinique. Il s'agit d'un caporal sapeur, qui, n'ayant pas assez prestement regagné sa tran-

---

Dans la région des Asturies ; à part quatre on cinq affaires importantes, on ne rencontre guère que de petites exploitations. Si les grandes se sont montrées prévoyantes et généreuses, après que les difficultés d'installation ont été surmontées, et que les premiers bénéfices ont été employés à des améliorations de l'outillage, les petites n'ont établi en faveur de leurs ouvriers que des œuvres restreintes. Leurs économats ne consistent que dans la vente à haut prix de comestibles et vêtements ; les ouvriers sont forcés de s'y fournir, et on arrive ainsi à obtenir leurs services à peu près pour rien ; ces petites industries ont, en outre, un médecin attaché à l'exploitation et une caisse de secours alimentée par une retenue de 1 à 2 0/0 sur les salaires, et grâce à laquelle l'ouvrier reçoit, pendant sa maladie, une partie de son traitement, la moitié, s'il est seulement malade, la totalité s'il a été blessé en service.

Passons aux œuvres plus sérieuses.

La Société l'Union métallurgique et houillère des Asturies, établie à Gigon, a organisé un service d'assistance pour ses ouvriers en 1888.

Il s'agit d'assistance médicale et pharmaceutique, de secours pécuniaires, de pensions en cas de blessures reçues pendant le travail, de secours aux ouvriers momentanément sans ouvrage, de la création d'hôpitaux spéciaux, d'écoles de garçons, de filles et d'adultes soutenues par la compagnie, de la création de baraques pour installer les travailleurs en temps de crise.

On retient aux ouvriers, pour alimenter la caisse de secours, une somme qui ne dépasse jamais 3 0/0 de leur salaire, et la Société verse de son côté une somme égale aux versements totaux de ses ouvriers ; de plus on emploie à cet usage les amendes et les dons extraordinaires.

Le service médical est fait par cinq médecins, les médicaments sont pris à la pharmacie que désigne le malade.

Les indemnités sont la moitié ou les 6/10 de la paie, en cas de maladie ; le taux de la pension annuelle pour les blessés équivaut de 100 à 200 journées de salaires, elle est de 70 à 120 pour la veuve, de 50 à 100 pour les enfants jusqu'à 15 ans, de 70 à 100 pour les pères et mères de l'ouvrier mort.

Le comité directeur de cette association est élu par les ouvriers dans la proportion de un membre pour cinquante ouvriers.

Les règles de l'hygiène sont bien observées à l'égard de l'ou-

chée, fut transporté à notre infirmerie, le 4 mars 1888, comme ayant été frappé aux membres inférieurs, à la distance de 200 mètres, par une balle modèle 1879. L'homme, senti « touché », était tombé, mais pour se relever aussitôt et s'abriter. Seules deux contusions se montraient, une heure après l'accident, à la partie supéro-interne de la jambe gauche et postéro-supérieure de la jambe droite, avec froissement épidermique de ce dernier côté. Elles étaient caractérisées par deux ecchymoses de 5 à 6 centim. carrés, par un certain degré de gonflement de la région, par de la douleur et de la géne des mouvements. Le pantalon présentait à ce niveau, à droite, une déchirure transversale longue de 6 centim. et large de 2 environ, sans que le caleçon sousjacent eût été aucunement entamé. Rien à gauche. N'est-il pas évident que la double contusion observée résultait du refoulement latéral de l'air produit par le passage entre jambes, d'une balle animée d'une vitesse restante de 328 mètres? Le *vent de la balle* existerait-il et serait-il capable de causer des lésions à une époque où les expériences de Pélikan (1) paraissent avoir définitivement condamné le vent du boulet?

Si la bombe, animée d'une vitesse initiale de 290 mètres, que faisait lancer le chirurgien militaire russe, était sans action sur un appareil enregistreur sensible à des pressions d'une livre et demie, des balles de tir réduit pesant 8 gr. 7 et d'un diamètre de 11mm 35, mues par la déflagration de 3 gr. de poudre ordinaire ont accusé, à la distance de 3 mètres, en passant à 2 centim. d'une feuille de carton bristol de 13 centim. de long sur 9 de hauteur, des flexions de 25 à 43 degrés correspondant à des pressions de 10 et de 25 gr.; des balles traversant des cylindres de papier de 20 centim. de long et de 4 centim. de diamètre, ont fait naître un refoulement d'air suffisant pour provoquer la rupture des attaches de papier gommé, à la distance ci-dessus avec 1 gr. 20 et 2 gr. 40 de la même poudre.

Le vent de la balle, pression latérale ou antéro-latérale, existe donc; il n'exige pour se manifester expérimentalement, mais surtout cliniquement, que de très grandes vitesses comme on peut en observer à courtes distances avec nos armes actuelles.

Déjà le capitaine Journée (1) (du camp de Châlons) avait été frappé de ce que, dans le tir des projectiles, la vitesse de propagation du bruit de la détonation était souvent très supérieure à la vitesse du son. Avec le fusil Lebel, par exemple, il avait pu obtenir la vitesse de 600 mètres et même davantage, alors que la normale est, comme chacun le sait, de 340 mètres à la seconde. Le bruit de la détonation, dans ce cas plus fort, se prolongeait avec une intensité décroissante pour se terminer par un renforcement; il paraissait, à un observateur placé latéralement à une certaine distance de la trajectoire suivie, partir du point de cette dernière le plus rapproché de lui, non de l'arme.

Ces faits avaient naturellement conduit ce balisticien à penser que le bruit de la détonation, accompagnant le départ de la balle, voyage en quelque sorte avec cette dernière tant que sa vitesse est supérieure à la vitesse normale du son; que ce bruit cesse quand la vitesse de la balle est égale à celle du son et qu'à partir de ce moment le son se transmet en avant et autour de la balle avec une vitesse normale et uniforme de 340 mètres par seconde et la balle elle-même ne produit plus en traversant les couches d'air successives que le sifflement habituel.

Cette hypothèse est encore confirmée par ce qui se passe quand on se porte de façon à entendre l'écho du son produit par la balle dans son parcours. En effet, si l'on tire avec une balle animée d'une grande vitesse parallèlement à un bois placé à 200 m. environ du plan du tir, on entend une série d'échos successifs formant un roulement prolongé comme celui du tonnerre et ces échos paraissent provenir de points de plus en plus éloignés si l'on se met près du fusil. Or, dans les mêmes conditions, en tirant avec une cartouche à poudre sans balle, on n'entend qu'un seul écho.

On explique comment un projectile animé de grandes vitesses peut, sur toute la partie de son parcours, où sa vitesse est supérieure à celle du son, produire, au lieu du sifflement habituel, un bruit continu analogue à la détona-

(1) Rech. expér. sur les contusions produites par le vent du boulet (Compte rendu de l'Académie des sciences, t. XLV, p. 802.)

(1) Communication à la Société de physique, par le colonel Sebert, 1887.

vrier, aucun ne travaille plus de huit heures par jour sous terre; on paie 20 0/0 en plus le travail de nuit. Le nombre des ingénieurs a été augmenté pour diminuer celui des contre-maitres, afin de mettre l'ouvrier en contact avec des hommes d'une éducation relevée.

II

Aux mines d'Almaden, propriété de l'État, il y avait, en 1635, des fonds spéciaux fournis par la charité, pour secourir les invalides du travail et les orphelins de mineurs. En 1788, seulement, furent établies et, en 1798, furent confirmées par décret, les conditions relatives à la distribution de ces fonds. Dès 1800, on a réglé d'une façon plus précise l'organisation de cette caisse de secours d'Almaden, qui assure des pensions aux ouvriers vieux ou impotents. Ses paiements furent suspendus de 1868 à 1878 à cause de la révolution et de la guerre civile.

III

Voici maintenant les institutions créées par la direction des mines d'Aller (Asturies) qui comprennent 3.000 hectares de terrain houillier, occupent 1.800 ouvriers et exploitent 200.000 tonnes par an.

L'organisation du service d'assistance, inauguré dès la fondation, en 1883, par le propriétaire, M. le marquis de Cornillas, s'est trouvée compliquée par les circonstences et habitudes locales.

Tout d'abord l'administration a construit trois groupes de maisons de 60 ménages, chaque logement comprenant 3 chambres à coucher, une cuisine et un grenier, loué de 6 à 8 francs par mois, et représentant 6,5 0/0 environ du salaire moyen. Chaque logement a coûté 2.500 pesetas; le produit moyen de la location, soit 90 pesetas par an, est employé à l'entretien. Chaque caserne, composée de 20 logements, est sous la surveillance d'un employé hiérarchiquement supérieur aux autres, qui doit signaler les abus et faire exécuter un nettoyage général chaque semaine.

La Société encourage les particuliers à bâtir, en leur garantissant le paiement d'un loyer fixé à l'avance, qui fait l'objet d'une retenue sur les feuilles de paie de l'ouvrier.

De plus, dans un économat que la Société a organisé avec une dépense de 250.000 pesetas, les ouvriers ont la faculté de s'approvisionner de pain, comestibles, épicerie, quincaillerie, effets d'ha-

tion de la poudre, en se reportant aux anciennes expériences de balistique où Melsens (1) a montré en premier lieu qu'il se forme, en avant des projectiles animés de grandes vitesses, une sorte de gaine d'air comprimé et en second lieu que cette couche d'air produit des effets mécaniques considérables sur un obstacle arrêtant brusquement un projectile de ce genre, effets qui permettent d'assimiler la couche d'air en cet état à un corps solide. Il faut savoir, en outre, que MM. E. Mach et Salcher (2), en photographiant des balles en marche, ont montré directement l'existence de cette couche d'air comprimée et que le capitaine Journée en profitant des tirs faits avec des poudres sans fumée, a réussi à l'apercevoir nettement avec une lunette.

Dès lors, on comprend que cette gaine d'air comprimé agissant à la façon d'un corps solide peut produire un mouvement vibratoire sans cesse renouvelé pendant la marche d'une balle et d'intensité décroissante tant que la compression subsiste, c'est-à-dire tant que la vitesse du projectile reste supérieure à la vitesse de propagation ordinaire d'un ébranlement dans l'air qui l'entoure.

Ce mouvement vibratoire, nous avons pu le fixer sur des plaques de verre. Traversées par un projectile de petit calibre animé d'une certaine vitesse, elles présentent trois zones à étudier : 1° une d'entrée ou d'impact généralement circulaire; 2° une de sortie légèrement plus grande que la précédente et un peu moins régulière; 3° un troisième, enfin, qui coupe parfois et peut arrêter plus ou moins complètement, à une distance variable, les nombreuses irradiations parties des deux précédentes. A cette zône nous donnons le nom de *zone d'ébranlement* ou pneumatique, c'est elle qui marque le refoulement antéro-latéral et qui permet à un certain point de la chiffrer. Prenez en effet, comme nous l'avons fait en présence d'officiers témoins, une plaque de verre à vitre de n'importe quelle dimension, collez sur une de ses faces une feuille de papier blanc pour maintenir les éclats et tirez vers la face lisse, à la distance de 7 mètres, une balle de tir réduit à 2 gr. de poudre et vous obtiendrez une zone d'impact de 13 millim. de diamètre, une zone de sortie large de 30 millim. et une zone d'ébranlement de 56 millim.

D'expériences faites avec le fusil Gras, à l'aide des charges réduites suivant le procédé du professeur Delorme (1) les dimensions de ces trois zones ont paru varier, avec la vitesse restante du projectile. Si la zone d'impact devient un peu plus petite avec de très fortes vitesses, si la zone de sortie augmente légèrement, en revanche la zone d'ébranlement s'agrandit. La plaque de verre dont les éclats sont maintenus par le papier, nous rappelle de loin les trous d'entrée et de sortie des lésions cutanées, elle nous donne raison de l'ecchymose périphérique d'autant plus étendue que la balle animée d'une plus forte vitesse produit des effets explosifs, elle nous fournit l'explication de l'irrégularité des orifices et de la coloration brun foncée de la plaie et de son pourtour immédiat pendant qu'une zone très nette de coloration se montre autour du cercle ecchymotique. Ces faits constatés sur les planches de l'histoire chirurgicale de la guerre de Sécession d'Otis, ne doivent pas être des erreurs de dessin, comme tendrait à le croire le professeur Chauvel, mais les effets d'un projectile frappant avec une très forte vitesse.

(1) Note sur le passage des projectiles à travers les milieux résistants (Comptes rendus de l'Ac. des sc., 1867, t. LXV, p. 565, et 1869, t. LXIX p. 1114. — Note sur les plaies produites par les armes à feu. (*Journ. de la Soc. roy. des sc. méd. et naturelles de Bruxelles*, 1872.).

(2) Communication citée du travail de M. Journée. La vitesse des projectiles. (*Rev. sc.* 1890, p. 338).

(1) Traité de chirurgie de guerre, 1888.

Index bibliographique.

En outre des ouvrages et articles de journaux signalés dans le cours du présent travail, consulter les traités de pathologie externe, de chirurgie d'armée, des articles des grands dictionnaires et les auteurs ci-après :

1606. Fallopius. — *Op. gen. Vinitiis.*

1676. Wissman. — Of. Wounds of the Belly, t. V, chap. 8. Londres.

1720. Schacherus. — *Programmate Publico. Lepsiæ.*

1739. Heister. — *Instit. Chir. Amsterdam.*

An V. Richerand. — Observations sur l'obscurité du diagnostic dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Mém. de la soc. méd. d'émulation*, p. 443.)

An IX. Berthe. — Plaies pénétrantes dans les cavités du thorax et de l'abdomen. (*Journ. génér. de méd.*), t. XVII, p. 61.)

1810. Gaultier. — Dissertation sur les plaies pénétrantes de l'abdomen. (Thèse Paris.)

1815. Touche. — Dissertation sur une plaie pénétrante de l'abdomen avec lésion du foie produite par arme à feu. (Thèse Montpellier.)

— Aubriet. — Dissertation sur les plaies de l'abdomen. (Thèse Paris.)

1818. Godelier. — Observation sur un cas de plaie pénétrante dans la cavité abdominale qui a nécessité la pratique de la gastrotomie. (*Rec. de mém. de méd. et pharm. milit.*, t. V, 1re série, p. 252.)

1820. Roques. — Observation sur la guérison d'une plaie pénétrante de l'abdomen compliquée de l'ouverture de l'estomac et de l'arc du côlon; suivie de deux autres observations de blessures avec lésion du tube intestinal et produites par arme à feu. (*Rec. de mém. de méd. et pharm. milit.*, t. VII, 1re série, p. 256 à 266.)

1822. Tardif. — Observation sur une plaie de l'estomac. (*Rec. de mém. de méd. et phar. mil.*, t. XII, 1re série, p. 213 et 220.)

---

billement, le tout au prix de revient; les ouvriers en retirent une économie de 15 à 20 0/0, et l'économat sert de régulateur de prix pour la localité.

Des écoles ont été bâties et meublées par la Société, les maîtres sont payés par la caisse de secours, laquelle, alimentée par une retenue de 3 0/0 sur les salaires, a dans ses attributions les dépenses suivantes :

1° Honoraires des médecins chargés de soigner les ouvriers et leurs familles et paiement des remèdes;

2° Frais d'entretien d'un hôpital pour les blessés et les malades atteints de maladies contagieuses;

3° Frais motivés par l'envoi aux eaux, les enterrements, etc.

4° Secours journaliers aux ouvriers malades, pendant deux mois, délai au-delà duquel le paiement de l'indemnité incombe à la caisse des retraites.

5° Paiement des instituteurs et institutrices.

La caisse de secours ne peut pas toujours suffire à ces dépenses, mais la Compagnie prête volontiers les fonds sans espoir ni désir d'être remboursée.

(*A suivre.*) Dr C. Delvaille.

1824. Caudy. — Plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue des viscères. (Thèse Paris.)
1827. Bégin. — Mémoire sur la réunion immédiate des plaies de l'intestin. (*Rec. de mém. de méd. et ph. milit.*, t. XXII, 1re série, p. 260 et 290.
1829. Larrey. — Plaie de l'estomac. *Observation de l'hôpital militaire de Strasbourg*, journal « *La Clinique* », 5 décembre.
1831. Bodelio. — Plaies pénétrantes de l'abdomen et du tube intestinal. (Th. Paris.)
1834. Ellis. — On Injuries of the abdomen. (*Lancet*, vol. II, p. 753.)
1845. Larrey. — Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon. *Mém. Acad. méd.*, t. II.
1855. Jouet. Plaies pénétrantes de l'adomen. Sutures. Guérison. (*Gaz. des hôpitaux*, p. 158.)
1857. Thorp. — Cases Illustrative of the Beneficial Effects of the opium Treatment in injuries and operations interesting the Intestiner and Peritoneum. *Dublin, Hosp. Gaz.*, t. IV, p. 161.
1867. Lidell. — *Ameri. Journ. med. Science.*
1870. Tourdes. — *Gazette médicale de Strasbourg*, mars.
1872. Fischer. — *Kriegschir. Erf. Erlangen.*
1875. Brooks. — *The amer. Journ. of. med.* Sc., 8 nov.
1875. Fischer. — Plaie pénétrante de l'estomac par arme à feu. Clinique de Breslau. (*Deut. med. Woch*, n° 1, p. 7.)
— Omeagher. — *Med. Rec.*, 10 juillet.
— Souirches. — *Med. Times and. Gaz.*, 4 sept.
1878. Hémard. — Plaie de l'intestin. (*Rec. et mém. de méd. et ph. mil.*, p. 486.)
1879. Brethès. — Thèse de Paris.
— Géo. Hays. — *Abeille médicale*, p. 363.
— D. Mollière. — Bles. par arme à feu. Plaie du foie. Guérison. (*Gaz. hôp.*, p. 1034.)
1880. Cannizaro. — *Bull. acad. méd.*, p. 822.
1881. Meunier. — *Paris médical*, p. 73.
1882. Kinloch. — *North. ear. med.*, juillet, X, p. 1.
— Newal. — *Brit. med. journ.*, 1, p. 260.
1883. Buchanan. — *Brit. med. journ.*, mars.
— Fitzgerald. — *Austral med. journ.*, p. 33.
— Klein. — Observation de plaie pénétrante de l'abdomen par halle de revolver. (*Arch. med. et ph. mil.*, t. 1, p. 338.)
— Lloyd. — *Brit. med. Journ.*, I, p. 560.
— Pilcher. — The Treatmemt of Wounds. New-York.
1884. Deschamps. — Plaie de l'estomac par arme à feu. (*Revue de chirurgie*, p. 891.)
— Erischen. — *Sci. and. art. of. surg.*, 8e éd., t, I, p. 855.
— Guerlain. — *Semaine médicale*, p. 13.
— Bintou. — *The medical Record*, june 14.
1885. Albers. — *Deut. Militaer-aerztl. Zeitung*, t. XIII, p. 10 et *Deut. med. Woch.*, n° 8, p. 126. Analysé par la *Gazette médicale de Paris*, p. 125.
— Andrews. — *Journ. amerie med. assoc.*, p. 177.
— Annandale. — Bullet. Wound (penetratiug) of the abdominal, treated by abdominal section. (*Lancet*, Londres, 25 avril.)
— Bull. — *New York med. Journ.*, 22 août.
— Dumas. — Traitement des blessures par halles de revolver. (*Gaz. hebdo. de méd.* 9 octobre.)
— Gorhan. — Ein beitrag zur Kasuistick der darmverletz ungen. (*Wiener med. Presse*. 22 nov.)
— Hamilton. — *Journal of americ med. assoc.*, 22 août.
— Pare. — Report of a case of Laparatomy for gundshot Wound of the Small Intestine and Mercutery. (*Chicago med. Journ.* novembre.)
— Pickett. *Medic. Presse*, p. 247.
— Ramsay. — *North.-West Lancet*, août, IV, p. 397.
— Raymond. — The modern. methods of Treatment of Gundshot Wounds. (*New-York med. Rec.*, 12 septembre.)
— Reclus. — Trait. des blessures par balle de revolver. (*Gaz. hebd. de médecine.*, 11 septembre.)
— Reculiez. — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Projectile perdu, guérisou. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 31 janvier.)
— Owen. — Injury to abdomen; acute Peritonitis, abdominal section; death. (*Lancet*, 10 octobre.)
— Varick. — *Med. Times and. Gaz.*, 25 avril.
— Vaslin. — Bles. profonde de l'abdomen. Projectile dans la fosse iliaque. (*Bull. soc. méd. d'Angers*, 1er semestre.)
— Wrigth. — Perforating Bullet Wound of the abdomen. (*Lancet*, 7 février.)

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

SUR LA RÉVULSION

Parmi les méthodes thérapeutiques employées en médecine, la révulsion est certainement une de celles qui ont le plus de titres à l'ancienneté. Aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de notre art, on retrouve la trace des pratiques qu'elle a inspirées, et l'on constate qu'elle a toujours figuré au premier raug dans l'arsenal des moyens destinés à combattre les maladies. Même de nos jours elle s'est maintenue, malgré la transformation profonde des doctrines médicales et la révolution accomplie parallèlement dans le domaine thérapeutique : il faut seulement reconnaître qu'elle jouit d'une moindre faveur qu'autrefois, étant considérée trop souvent comme une sorte de pis-aller, et comme un procédé dans le choix duquel la nécessité a plus de part qu'une conviction scientifique raisounée. Mais son règne a simplement décru, et il n'en est pas moins vrai qu'elle s'impose encore chaque jour dans la pratique, même à ceux qui professent à son égard le plus parfait scepticisme. En réalité, elle bénéficie de l'insuffisance des autres méthodes de traitement, et à ce titre on peut lui prédire encore une longue carrière, d'autant plus longue qu'elle a pour elle le préjugé populaire, avec lequel les médecins doivent toujours compter. Il s'en faut pourtant qu'elle remplisse les conditions d'une méthode scientifique exacte et précise. Pour s'en convaincre, il suffit d'interroger les maîtres sur la manière dont ils comprennent son intervention, ou, plus simplement, d'énumérer les théories conçues à l'effet d'interpréter son rôle et son mode d'action.

Ces théories sont nombreuses, ce qui est déjà une preuve de leur faiblesse et de leur insuffisance relatives. Parmi elles, il en est peu qui résistent à une critique tant soit peu sévère. Ainsi les iatro-mécaniciens, avec Boërhaave, ont vu dans la révulsion un moyen de soustraire à l'organisme des liquides stagnant dans l'économie. Partant de ce principe, ils cherchent à calculer la quantité de sérosité soustraite par le vésicatoire, comme s'il y avait un rapport quelconque entre cette déperdition séreuse et l'évolution des affections plus ou moins inflammatoires qu'il s'agissait de combattre. Plus tard, sons le règne du solidisme, on attribua à la révulsion le pouvoir de déplacer une irritation interne, un spasme des vaisseaux profonds. Est-il besoin de faire remarquer le vague de cette théorie, qui repose sur des affirmations que personne, à l'époque, n'avait

pu ni vérifier, ni justifier, et qui n'étaient que des hypothèses et de simples vues de l'esprit? On peut faire les mêmes réflexions à propos de l'opinion des disciples de Hunter, qui, partant du même principe de l'irritabilité, estiment que la révulsion fait cesser un acte morbide dans une partie du corps, par suite de la production d'une action artificielle dans une autre partie. Cette théorie est aussi défectueuse que la précédente, elle repose, comme celle-ci, sur une hypothèse gratuite et elle manque pareillement de la démonstration nécessaire. On peut en rapprocher la doctrine de Broussais, dans laquelle les remèdes locaux, presque tous révulsifs, qui jouent un si grand rôle dans la thérapeutique inspirée par cette doctrine, ont tous pour but avoué de déterminer une fluxion inverse de la fluxion pathologique et de produire une contre-irritation destinée à combattre et à amoindrir le travail irritatif spontané. Se plaçant à un point de vue différent, Pinel recommande les révulsifs à titre d'excitants, pour réveiller les forces des malades. Plus près de notre époque, on a vu la révulsion vivement attaquée par les uns, qui lui reprochaient son origine empirique, et défendue avec conviction par d'autres, qui, pour la maintenir, arguaient de l'observation clinique et des nombreux services rendus. On peut dire que la question n'est guère plus avancée aujourd'hui et que nos connaissances sur ce point de thérapeutique sont à peu près ce qu'elles étaient en 1855, année où eut lieu une discussion académique dans laquelle intervinrent les médecins les plus éminents de l'époque.

En effet, on a continué jusqu'à présent un peu partout à pratiquer la révulsion, mais toutefois plus en France qu'à l'étranger où la routine médicale n'est pas autant gênée par la tradition. Les indications qui motivent son emploi son restées à peu près les mêmes, avec cette différence toutefois, que le nombre des cas auxquels on la considère comme applicable a notablement diminué. Son intervention a particulièrement pour objet de combattre la douleur locale, vis-à-vis de laquelle on ne peut nier son efficacité. Plus restreints sont les cas où elle est prescrite pour combattre une inflammation ou un mal profond (pleurésie, pneumonie, péritonite, affections valvulaires, cancer, etc.). Toutefois, ces cas sont encore très nombreux et c'est à ceux-là que s'applique couramment l'usage des ventouses scarifiées, des exutoires, des cautères, etc. Aussi peut-on dire que le crédit de la méthode révulsive est toujours considérable, encore bien que nous en soyons encore présentement à attendre une théorie satisfaisante de son mode d'action, une théorie qui remplisse le désidératum vainement poursuivi depuis l'origine de la médecine.

Il nous semble que cette dernière question aurait chance de trouver sa solution dans la voie expérimentale, qui est seule à même de pouvoir nous faire connaître la nature des changements momentanés ou durables que la révulsion peut produire au niveau des organes intéressés dans sa sphère d'action. Dans cet ordre d'idées, nous devons signaler une série de recherches que M. le Dr Besson a entreprises et qu'il a communiquées récemment à la Société de biologie. Notre confrère a pu établir ainsi un certain nombre de données très importantes et formuler des conclusions vraiment neuves, en ce qui concerne l'action des révulsifs sur la circulation, la température, la respiration et la nutrition. Vis-à-vis de la circulation, il a constaté que les excitations cutanées produisent des effets différents suivant leur intensité : resserrement des vaisseaux à la suite des excitations relativement faibles, dilatation après des irritations plus énergiques, ces deux résultats pouvant d'ailleurs se succéder à court intervalle. Il a reconnu simultanément que, dans le cas de révulsion énergique, on obtient, après une courte élévation de la tension artérielle, un abaissement sensible et durable de cette pression, tandis qu'une élévation également durable s'observe seule à la suite des révulsions faibles. Ces modifications dans la pression artérielle correspondent à un changement parallèle dans le diamètre des vaisseaux et cette dernière circonstance entraîne comme conséquence une diminution ou une augmentation du diamètre de l'avant-bras, spécialement visé dans les recherches de M. Besson. En même temps, il y a des modifications du pouls, qui présente du ralentissement et de l'exagération des amplitudes normales dans le cas de révulsion forte, et des caractères inverses, dans le cas d'excitation faible, ou lente et progressive. Dans l'interprétation de ces derniers phénomènes on doit faire intervenir le cœur, car M. Besson a démontré, au moyen d'un procédé exprimental ingénieux, que l'excitation cutanée forte qui abaisse la pression artérielle en élevant simultanément la pression veineuse agit sur le cœur pour le ralentir. C'est là une des conclusions les plus inattendues et les plus remarquables de son travail. Mais il a constaté encore d'autres résultats non moins importants.

Dans certaines conditions, il y a une sorte de balancement entre la circulation locale et la circulation générale : mais, suivant M. Besson, l'action éloignée produite par les révusifs n'est point localisée à tel ou tel organe, ainsi qu'on l'a cru longtemps, elle est, au contraire, généralisée à la totalité des départements circulatoires. Cette dernière conclusion est d'une portée considérable, elle contredit absolument l'opinion classique d'après laquelle un révulsif appliqué dans le voisinage d'un organe malade exercerait sur lui une action en quelque sorte élective, une véritable action de voisinage. D'après les expériences de M. Besson, cette action du révulsif est réelle, mais elle n'est pas une action localisée au vrai sens du mot, elle n'a lieu que par l'intermédiaire de l'action générale produite sur la circulation. On voit par là combien peu était fondée l'ancienne théorie de la dérivation qui affirmait précisément cette influence de voisinage dont l'expérimentation vient de nous démontrer la fausseté.

L'action exercée sur la thermalité serait moins nette et moins importante que la précédente, cependant M. Besson a vu la température centrale s'abaisser après l'application d'une révulsion courte et énergique, et s'élever dans les conditions inverses, mais ces écarts sont faibles, et partant sont à peu près négligeables en pratique. On peut en dire autant des effets produits sur la respiration, bien que les expériences aient permis de constater certains troubles dans le rythme de cette fonction.

L'action sur la nutrition est plus marquée, elle entraîne des modifications plus profondes que l'on pourrait croire, étant donnés le peu d'intensité relative et la faible durée de la cause excitatrice. Elle est représentée élémentairement par une augmentation des échanges organiques, se traduisant chimiquement par une plus grande consommation d'oxygène et une accroissement parallèle de la production d'acide carbonique. En même temps le sucre du sang est comburé plus activement, la proportion de ce principe diminue de pair avec l'augmentation de l'acide carbonique. Telles sont les conclusions vraiment neuves et quelque peu inattendues qui résultent des recherches expé-

rimentales de M. Besson. Sans doute on ne peut dire que ces recherches ont résolu toutes les questions soulevées par la théorie de la révulsion ; il reste bien des points à éclaircir, par exemple le mécanisme de l'action exercée sur la douleur locale, action qui est une des moins contestables parmi toutes celles imputées aux révulsifs ; toujours est-il que nous sommes en possession maintenant de quelques faits précis susceptibles peut-être d'un certain degré d'application dans la pratique, en tous cas propres à fournir les premiers éléments d'une théorie définitive et complète. On peut donc espérer que cette vieille méthode de la révulsion, qui est aussi ancienne que notre art, bénéficiera à son tour des progrès scientifiques de notre époque, et on est fondé à croire qu'elle cessera prochainement d'être ce qu'elle a été si longtemps : une formule déguisée de l'empirisme.

P. Muselier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur les premiers essais d'anesthésie chirurgicale, par A. Bidault. — Th. Paris.

La découverte de l'anesthésie chirurgicale, en tant que méthode vraiment scientifique, date de la fin de l'année 1846, époque où Jackson et Morton établirent d'une façon définitive les propriétés de l'éther. Ce n'est pas que de tout temps les chirurgiens ne se fussent préoccupés de supprimer la douleur chez leurs opérés, mais les ressources employées étaient des moyens trop infidèles ou trop dangereux pour qu'aucun de ces essais pût être érigé en méthode générale, en procédé usuel.

A en croire Benedictus, cité par Casp. Hoffmann et plus tard par Morgagni, la compression des vaisseaux du cou aurait été un des moyens anesthésiques les plus anciennement connus, il en est de même de la saignée poussée jusqu'à la syncope.

Haller, Percy, Bouisson, Blandin signalent l'insensibilité résultant de l'ivresse alcoolique et rapportent maintes opérations pratiquées sous son influence.

Les Chinois se sont pendant longtemps servis du haschish, drogue préparée avec les feuilles du chanvre indien, pour supprimer la douleur pendant le pansement des blessés.

L'hypnotisme, que dans ces dernières années on a cherché à remettre en honneur, en raison de l'anesthésie générale qu'il produit, a permis de pratiquer des amputations, des résections à l'insu du malade qui en était l'objet.

Les émotions morales vives, la colère, la distraction ont pu empêcher souvent de ressentir le mal. Il en est de même de toute pensée occupant fortement l'esprit : tel l'exemple de Mucius Scœvola haranguant le peuple sans s'émouvoir tandis que sa main brûle sur un brasier ; tels les martyrs endurant avec calme les plus affreux tourments à l'idée de la récompense qui les attend dans une autre vie.

Enfin les breuvages narcotiques, généralement composés avec les sucs de plantes de la famille des solanées et des papavéracées, les substances odorantes et hilarantes ont également concouru avec des résultats variés à la pratique de l'anesthésie générale.

Quant à l'anesthésie locale elle a pu résulter de la réfrigération, de la calorification, de la narcotisation, de la compression du point où devait porter l'intervention. Signalons enfin les propriétés anesthésiques de l'acide carbonique que nous avons vu utiliser nous-même par Broca dans certains cas de cystite. C'est à l'acide carbonique que seraient dues les propriétés de la fameuse « pierre de Memphis » dont les Grecs et les Romains, au dire de Pline et de Dioscoride, faisaient si grand cas.

Nous n'avons donné qu'une idée très sommaire et très imparfaite du travail de M. Bidault. Bien conçue, très bien écrite, fortement documentée, c'est une œuvre d'érudition dont nous recommandons la lecture.

Sur un nouvel appareil a chloroformer, par E. Renaud. — Th. Paris.

Passant en revue les divers appareils imaginés pour administrer le chloroforme, l'auteur leur reproche de ne pas permettre, d'une façon continue et indépendante du chloroformisateur, le libre accès de l'air extérieur. Comme ils étaient de plus constitués par un assemblage souvent compliqué de pistons, de robinets, de soupapes et de tubulures, l'avènement du cornet et de la compresse fut considéré comme un grand pas fait dans la pratique de l'anesthésie.

Malheureusement le cornet et la compresse ont le grave inconvénient de s'opposer au dosage du chloroforme employé ou du moins de permettre de n'en faire, malgré les stilligouttes, qu'une évaluation approximative. C'est pour répondre à ce désidératum que M. Renaud propose l'adoption de l'appareil de son maître, M. Redier (de Lille). Celui-ci, que nous ne pouvons décrire par le menu, se compose de deux parties essentielles, d'un récipient destiné à recevoir l'anesthésique et portant un dispositif qui permet au chirurgien d'en régler l'écoulement à son gré ; d'une compresse supportée par une garniture en forme de masque que l'on applique sur le nez et la bouche du patient.

L'auteur ne doit pas se dissimuler que la majorité des chirurgiens s'est ralliée à la compresse à cause de son extrême simplicité. Aussi est-il à craindre que l'appareil de Redier soit peu employé puisqu'on hésite déjà, par horreur de l'instrumentation, à utiliser le cornet auxquels sont restés fidèles nos confrères de la marine, et dont M. Le Roy de Méricourt fait connaître à la tribune de l'Académie, les incontestables avantages.

De la valeur de la compression et des moyens de l'appliquer dans le traitement des épanchements articulaires, par J. Wavelet. — Th. Paris.

Depuis fort longtemps les chirurgiens savent que le repos et la compression surtout favorisent la résolution des épanchements articulaires. Mais, par ce temps d'asepsie et d'antisepsie on est arrivé à manier si facilement le trocart, qu'on ne sait plus traiter l'hydarthrose par les moyens antérieurement employés. De la compression, on en parle peu, parce qu'elle donne des résultats insuffisants étant mal appliquée.

Le professeur Delorme (du Val-de-Grâce) a voulu en ces derniers temps réhabiliter ce moyen puissant de guérison tant par sa communication à la Société de chirurgie que par les articles publiés dans diverses feuilles périodiques. Il a inspiré le travail inaugural de M. Wavelet où il est démontré que peu nécessaire dans le rhumatisme aigu, la compression est appelée à rendre de grands services dans les cas d'arthrite infectieuse, même d'arthrite blennorrhagique. Puissant moyen de diagnostic dans les cas douteux d'arthrite fongueuse, en raison de la disparition rapide de l'épanchement et de la persistance de l'épaississement synovial, elle est surtout efficace dans les épanchements traumatiques récents ou anciens.

La compression généralisée peut s'appliquer à toutes les articulations localisée, elle est le traitement de choix des fractures de la rotule sans plaie ; non seulement elle fait

résorber l'hémo-hydarthrose qui, mécaniquement, s'oppose au rapprochement des fragments, mais encore elle prévient les contractions incessantes du biceps qui constamment déplacent ces fragments ; enfin elle en assure la coaptation directe et régulière.

D'abord modérée, la compression peut être exercée avec une grande force sans nuire à la vitalité du membre. Il n'y a pas ici de menus détails à négliger et si d'une part on doit veiller à se servir d'une ouate bien régulièrement cardée, à ce qu'il n'existe pas le moindre pli, de l'autre il ne faut pas oublier de combattre, par un traitement approprié, l'atrophie musculaire, dans le but d'obtenir le retour complet des fonctions du membre.

Contribution a l'étude du mal perforant, par V. Gascuel. — Th. Paris.

Le mal perforant est une affection dont la place est relativement récente dans le cadre nosologique. Entrevu, pour quelques-uns, par Wadel, en 1686, mais plus sûrement par Laforest et Dudon au commencement de ce siècle, décrit par Cloquet, Dupuytren, Boyer, Marjolin, objet d'une magistrale leçon de Nélaton en 1852, il devient un sujet d'études particulières de la part de Vésigué, qui lui donna son nom actuel.

La voie aux théories pathogéniques était depuis longtemps ouverte lorsque Duplay et Morat vinrent, en 1875, établir sur des bases solides que le mal perforant n'était ni une tumeur maligne, ni un effet de la conséquence de l'athérome, ni un accident de la lèpre anesthésique, ni un effet de la compression, ni une inflammation des bourses séreuses, mais qu'il dérivait d'une dégénérescence des nerfs du membre inférieur et plus spécialement de leurs rameaux plantaires.

Les travaux de ces dernières années tendent à prouver que le mal perforant ne doit pas être considéré comme une entité morbide, mais au contraire comme le symptôme souvent précurseur d'une maladie grave. C'est ainsi que, dans les observations relevées par l'auteur dans la littérature médicale de ces vingt dernières années, on voit le mal se produire chez des sujets de l'une ou de l'autre des affections ci-après : ataxie locomotrice, paralysie générale, diabète, névrites traumatiques centrales ou périphériques, alcoolisme.

Le pronostic du mal perforant est donc sérieux. Le repos et le traitement local amènent presque toujours des résultats favorables. Mais les récidives sont constamment à craindre.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'épilepsie, par M. Huchard. (*Rev. gén. de cliniq. et thérap.*, 1892, n° 9.)

En cas d'insuccès de la médication bromurée, M. Huchard recommande l'emploi du borate de soude. Ce médicament produit, il est vrai, souvent, des troubles digestifs, des éruptions cutanées, de l'amaigrissement, de la conjonctivite, mais il a l'avantage de ne pas toucher l'intelligence, comme les bromures. Il faudra, dans tous les cas, recommander concurremment une alimentation tonique et combattre la diarrhée par le salicylate de bismuth.

Voici une formule qui masque le goût désagréable du borate de soude.

Borate de soude	10 grammes
Glycérine	5 —
Sirop d'éc. d'or. amères	30 —
Julep	90 —

On commence par 0,50 à 1 gr. et on peut aller progressivement jusque 8 ou 10 gr., dose qu'on ne doit pas dépasser, de préférence loin des repas. D'une manière générale ce médicament réussit mieux dans l'épilepsie symptomatique.

H. B.

Traitement de l'influenza, par R. G. Barckley. (*The Times and Register*, 6 février 1892.) — L'auteur ordonne dès le début 0 gr. 50 de sulfate de quinine qu'il continue les jours suivants à la dose de 0 gr. 10 quatre fois dans la journée.

Contre la fièvre, il prescrit :

Teinture d'aconit
Teinture de belladone
Extrait fluide de gelsémium

De chaque une goutte dans un peu d'eau, toutes les heures.

Contre la douleur :

Phénacétine	ââ 2 gr. 40
Salol	

en 12 paquets, un toutes les deux ou trois heures.

Quand il existe de la dépression considérable, l'auteur fait prendre 30 grammes de Whisky dans du lait, avec un œuf battu dans ce liquide, trois ou quatre fois par jour.

Ce traitement agirait favorablement entre vingt-quatre et soixante-douze heures, dans tous les cas.

R. F. M.

Traitement du coryza hypertrophique avec anosmie (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 5, 1er mars 1892, p. 145.)

Après avoir fait disparaître l'hypertrophie de la muqueuse nasale par les moyens ordinaires, le Dr Ragoneau institue le traitement suivant :

1° Deux fois par semaine, attouchement de la muqueuse nasale avec une solution de chlorure de zinc à 1/10 ;

2° Pendant huit jours de suite, priser quatre à cinq fois par jour la poudre suivante :

Acétanilide	ââ 5 gr.
Iodol	
Oxychlorure de bismuth	15 gr.

Parfumer au benjoin.

Puis alterner pendant les huit jours suivants avec :

Sulfate neutre de strychnine.. 0 gr. 08

Tabac pulvérisé	ââ 6 grammes.
Oxychlorure de bismuth	

Poudre à priser trois fois par jour à intervalles réguliers.

Huit jours après reprendre la première poudre et ainsi de suite.

C. A.

Exalgine contre les névralgies. (Gouguenheim.)

Exalgine	de 0,25 à 0,75
Alcool à 90°	Q. S. pour dissoudre
Sirop diacode	10 gr.
Eau distillée	90 —

En deux fois dans la journée vers 2 et 5 heures de l'après-midi.

H. B.

(*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

Traitement des hémorroïdes, par J. Brindley James. (*British med. Journ.*, 20 février 1892.)

Depuis plusieurs années, M. James traite les hémorroïdes par l'application avec le doigt, *loco dolenti*, de poudre de calo-

mel. Le succès a toujours suivi, surtout dans les cas où la masse hémorrhoïdaire était enflammée, et qu'il existait un suintement muqueux et un écoulement de sang.

R. F. M.

Suppositoires vaginaux dans la leucorrhée des petites filles.

Iodoforme	25 centigrammes.
Beurre de cacao	1 gramme.

F. s. a.

Pour un suppositoire; à appliquer matin et soir.

Injections vaginales à base de naphtol.

1° Naphtol A	3 grammes.
Alcool	25 —
Eau distillée	1000 —
2° Naphtol B	5 grammes.
Alcool	30 —

Eau distillée chaude, Q. s. pour faire 1000 centim. cubes.

Liniment contre les gerçures du sein (VINAY.)

Aristol	4 grammes.
Vaseline liquide	20 —

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce liniment, on badigeonne le sein après chaque tétée, en ayant soin de pincer la base du mamelon pour étaler les papilles et découvrir toutes les gerçures. — N. G.

(*Gazette de gynécologie*, 1892, n° 137.)

BULLETIN

Académie des sciences : Influence de la tension intra-rénale sur les fonctions du rein. — Utilisation pour la clinique médicale des courants alternatifs à haut potentiel. — Nouvelle classification des streptothrix et des actinomycètes.

Académie de médecine : Emploi des sels de calcium en thérapeutique. — Traitement des coliques hépatiques par la glycérine. — Pathogénie de l'infection puerpérale.

M. Félix Guyon a entretenu l'Académie des sciences de recherches expérimentales fort intéressantes concernant l'influence de la tension intra rénale sur les fonctions du rein. La tension était produite soit en mettant l'uretère en communication avec un manomètre à mercure, soit en liant le conduit. Le premier phénomène produit, sous l'influence de la pression, c'est une diminution considérable de la sécrétion, qui descend à un quart et même un cinquième de ce qu'elle est du côté du rein non soumis à l'expérience. Par contre, quand la pression est supprimée, la sécrétion reprend et même dépasse momentanément le taux normal; il y a une polyurie temporaire.

La composition chimique de l'urine est en même temps modifiée: on note une diminution très considérable de l'urée, diminution qui s'accroît avec la durée de la tension intra-rénale. Sous ce rapport l'observation clinique est en accord parfait avec l'expérimentation sur les animaux: chez des malades atteints d'une affection rénale pour laquelle on a dû intervenir chirurgicalement, l'urine prise dans le rein contenait beaucoup moins d'urée que l'urine prise dans la vessie.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre *a priori*, le rein opposé à celui mis en expérience subit à son tour l'influence de la tension dont celui-ci est le siège; il se produit assez rapidement une action compensatrice qui aboutit à une perturbation dans les fonctions de ce rein.

Au point de vue des lésions anatomiques qu'amène la tension intra-rénale, les faits notés par M. Guyon sont confirmatifs de ceux qu'ont déjà fait connaître MM. Charcot et Gombaut, Straus et Germont. La substance rénale, modifiée, tend à disparaître graduellement, et M. Guyon propose, dans certains cas, de substituer la ligature aseptique de l'uretère à la néphrotomie.

Le rein, décomprimé, reprend ses fonctions sécrétantes, mais en partie seulement: tandis que la filtration aqueuse se produit comme auparavant, il n'en est plus de même de l'élimination de l'urée, qui reste plus ou moins amoindrie; cette indépendance entre l'élimination de l'eau et celle des principes solides de l'urine, offre un grand intérêt physiologique et pathologique; elle permet, en effet, dans certaines conditions, d'interpréter les altérations du rein qui se produisent par une diminution progressive et permanente de l'urée.

— MM. G. Gautier et Larat, par une série de transformations propres à en atténuer la tension dans une large mesure, sont arrivés à rendre utilisables, pour la médecine, les courants alternatifs de haute tension fournis par l'usine centrale d'électricité des Halles qui alimente le secteur de Paris. Ces courants, par leur action sur le système musculaire et sur le système nerveux, exercent sur la nutrition une influence considérable que la thérapeutique peut mettre à profit dans une foule de cas, lorsqu'il y a ralentissement des échanges nutritifs ou dépression du système nerveux central.

— Les variations de formes que peuvent présenter les micro-organismes suivant les conditions du milieu où ils se trouvent, en rendent la classification très difficile; de là un défaut d'entente bien naturel et bien excusable entre les bactériologistes. Dans une communication adressée à l'Académie des sciences, MM. Sauvageau et Radais ont étudié, à ce point de vue, les cladothrix, les streptothrix et les actinomycètes. Suivant eux, le cladothrix relève du genre bactérie, tandis que le streptothrix et l'actinomycète se rapprochent des champignons et appartiennent au genre oospora. Les micro-organismes de ce genre fournissent des espèces pathogènes : tels sont l'actinomycète dans l'actinomycose, des variétés de streptothrix dans le farcin, dans la pseudo-tuberculose d'Eppinger, etc.

— Le potassium et le sodium n'ont qu'à se bien tenir: après le strontium qui, depuis quelque temps, jouit des faveurs des thérapeutistes, voici le calcium que M. Germain Sée vent substituer à tous ses aînés. Le sodium qui, à une certaine époque, a élevé de hautes prétentions, paraît définitivement jugé et délaissé. La lutte est donc surtout engagée entre les trois autres métaux ou plutôt entre les composés halogènes qu'ils forment avec l'iode, le brome et le chlore.

Les avantages que M. Sée reconnaît aux sels de calcium sont les suivants:

Le calcium, à l'encontre du strontium, entre normalement dans la composition de nos tissus.

Le chlorure de calcium contient plus du tiers de calcium. Introduit dans l'estomac, il est absorbé, puis éliminé; les autres préparations de chaux usuelles, telles que les phos-

phates, ne sont pas absorbables, ne font que traverser les instestins et sont en majeure partie rejetés avec les fèces. Si donc l'on veut agir, dans certains cas, pour combattre l'inanition calcique, c'est au chlorure qu'on devra donner la préférence.

L'iodure et le bromure de calcium contiennent des proportions de brome et d'iode plus considérables que les autres sels. En outre, le calcium est moins irritant que le potassium et plus actif que le sodium.

Les sels de calcium conviennent tout particulièrement à certaines dyspepsies ou lésions stomacales que M. Sée fera connaître dans la prochaine séance.

En attendant, les opinions émises par notre savant collègue ont trouvé deux contradicteurs. Tout d'abord, en ce qui concerne l'inanition calcique, M. Dujardin-Beaumetz a rappelé que, pour introduire dans l'économie les sels de chaux qui font défaut, ce n'est pas aux substances médicamenteuses, comme le phosphate de chaux et aussi sans doute le chlorure de calcium qu'il faut s'adresser, mais aux aliments, animaux ou végétaux, tels que le lait, le son, les fèves, les féverolles, les lentilles, riches en sels calcaires. Les phosphates n'agissent pas directement en introduisant des sels de chaux dans l'économie, car ils ne sont pas absorbés et sont éliminés avec les garde-robes ; ils ne font que stimuler les fonctions digestives.

D'un autre côté, M. Laborde fait remarquer que l'iodure et le bromure de calcium, de même, d'ailleurs, que l'iodure de strontium, ont une telle instabilité qu'il lui paraît bien difficile, jusqu'à nouvel ordre, de pouvoir les utiliser en thérapeutique.

On voit que le calcium aura fort à faire pour détrôner ses concurrents, et ce n'est pas trop pour lui que d'avoir un parrain tel que M. Sée. Il y a longtemps qu'on a oublié les essais qui en ont été conseillés ou entrepris par Fourcroy, Hufeland, Giacomini, Beddoës, etc. Nous devons ajouter à son actif que nous l'avons vu, entre les mains d'un médecin de province, produire un très bon résultat dans un cas d'albuminurie, liée plutôt à un état général cachectique qu'à une affection rénale.

— D'après une intéressante communication de M. Ferraud, basée sur l'expérimentation animale et sur l'observation clinique, la glycérine, administrée par l'estomac, constitue le médicament par excellence de la lithiase biliaire. Elle n'agit nullement comme un lithontriptique. Absorbée en nature par les voies lymphatiques et transportée dans les voies biliaires, elle agit par ses propriétés hygroscopiques et devient directement cholagogue. A dose massive (de 20 à 30 gr.), elle détermine les fins de la crise ; à dose plus faible (de 5 à 15 gr.), administrée chaque jour dans un peu d'eau alcaline, elle prévient de nouvelles attaques.

— La discussion sur la pathogénie de l'infection puerpérale a continué par une communication de M. Hervieux, qui a rappelé les faits dont nous avons dit quelques mots dans notre dernier *Bulletin*, et a donné lecture d'une courte note de M. Bouchard, dans laquelle ce savant confrère, dont la compétence et l'autorité sont incontestées, admet et explique, comme nous l'avons fait à cette place même, il y a huit jours, l'infection consécutive à une intoxication par les voies respiratoires due aux émanations putrides. M. Hervieux, après les femmes enceintes et les sages-femmes qu'il a vues succomber à l'infection du milieu dans lequel elles vivaient, s'est cité luimême comme exemple. En 1864, au cours d'une épidémie de fièvre puerpérale qui causait une mortalité de 29 0/0, il tomba gravement malade d'un rhumatisme polyarticulaire dont le caractère infectieux ne saurait faire aucun doute. Le débat n'est pas épuisé, et nous aurons à revenir sur l'argumentation de notre excellent collègue.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

L'enseignement clinique des hôpitaux. — La question de l'enseignement clinique des hôpitaux a été de nouveau examinée et discutée au sein du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Peyron a retiré son projet relatif à la création d'une véritable école clinique limitée à un hôpital, l'hôpital Saint-Antoine, par exemple, dont tous les médecins et chirurgiens auraient participé à l'enseignement. Ce projet soulevait des objections contre lesquelles l'honorable directeur de l'Assistance publique n'a pas cherché à lutter. Une proposition plus pratique a été faite par M. Lannelongue et, si nos renseignements sont exacts, elle a été adoptée par le Conseil : c'est d'encourager par des subventions, l'installation de laboratoires, etc., l'enseignement clinique, qu'on pourrait appeler *terminal*, car il s'adresserait surtout aux élèves parvenus à la fin de leurs études, dans les hôpitaux spéciaux, tels que les hôpitaux d'enfants, l'hôpital Saint-Louis, celui du Midi, etc. Rien n'empêche d'ailleurs que, dans un hôpital quelconque, on charge d'un enseignement clinique le médecin ou le chirurgien qui, par ses travaux ou son talent, aura acquis une grande autorité. Dans tous ces cas, il n'y a pas à craindre que les subventions votées par le Conseil Municipal, sur la proposition du Conseil de Surveillance de l'Assistance publique, ne reçoivent pas la sanction ministérielle, car il ne s'agit plus de créer une école, mais simplement d'encourager un enseignement déjà organisé ou en voie de l'être. Il sera donc possible d'utiliser ainsi, au profit des élèves et de l'enseignement, les bonnes dispositions du Conseil municipal.

— **Protestation adressée à MM. les Sénateurs par le Syndicat des médecins-pharmaciens.** — Le Syndicat des médecins-pharmaciens vient de rédiger et de publier une protestation contre l'article 11 du projet adopté par le Sénat et qui interdit l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. « Il paraît logique, dit M. Cornil dans son rapport, que celui qui a conquis à la fois les deux titres puisse exercer les deux professions. Mais tout ce qui paraît logique n'est pas bon. »

Les signataires de la protestation parlent au nom de la logique. Les législateurs, députés ou sénateurs, se sont inspirés du sentiment général qui voit des inconvénients graves dans le cumul de la médecine et de la pharmacie. Du reste aucun intérêt n'est lésé, car l'article 11, en spécifiant que la présente disposition n'a pas d'effet rétroactif, respecte les situations acquises. Plus tard, ceux qui chercheront à acquérir les deux diplômes, sauront que l'un des deux ne constituera pour eux qu'un titre scientifique, d'ailleurs fort recommandable et qui, à ce point de vue, ne sera pas complètement inutile.

Société pour la propagation de l'allaitement maternel. — Cette Société a inauguré, il y a quelques jours, le refuge-ouvroir pour les femmes enceintes dont Mme Léon Béquet avait

proposé la fondation dans le courant de l'année dernière. C'est au n° 203 de l'avenue du Maine, non loin de l'église de Montrouge, que s'élèvent les constructions de cette nouvelle maison de bienfaisance. Elles se composent d'un pavillon contenant trois salles, deux dortoirs, un ouvroir et une infirmerie.

Sept cents femmes environ pourront y être hospitalisées par an, si l'on compte que la durée d'un séjour sera d'un mois en moyenne.

Le ministre de l'instruction publique s'était fait représenter par son secrétaire particulier.

Sur l'estrade, on remarquait la présence de MM. Poubelle, préfet de la Seine, Monod, directeur de l'assistance publique, Zadoc Kahn, Emile Trélat, député, et des membres de la municipalité du XIV° arrondissement.

A deux heures, le président, M. Théophile Roussel, a ouvert la séance, en prononçant une allocution très applaudie, dans laquelle l'honorable sénateur a dit tout l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle manifestation de la charité.

Après lui l'assistance a entendu les discours de MM. Strauss, conseiller municipal, et des professeurs Tarnier et Pinard, qui ont fait ressortir les bienfaits qu'il fallait attendre de l'hospitalisation de la femme enceinte, au double point de vue de la charité et de l'enseignement.

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1892. — Le Ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1892 aurait lieu dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe, 54 médecins-majors de première classe ; 178 médecins aides-majors de deuxième classe.

Ils seront appelés par moitié en deux séries : la première, du lundi 16 mai au dimanche 12 juin ; la deuxième, du lundi 5 septembre au dimanche 2 octobre.

Armée territoriale. — 300 médecins seront convoqués, savoir : 58 médecins-majors de deuxième classe ; 250 médecins aides-majors de deuxième classe.

Ils seront également convoqués par moitié en deux séries : la première, du lundi 16 mai au dimanche 29 mai ; la deuxième, du lundi 5 septembre au dimanche 18 septembre.

Les médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils seront affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans le corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés seront, d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

NOUVELLES

AVIS

MM. les Actionnaires de la **Gazette médicale** *sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu au Siège social, le Jeudi 31 Mars, à 5 h. 1/2.*

Aux termes des Statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

Nécrologie. — Le corps médical de la Haute-Vienne vient de perdre son doyen : M. le Dr Pierre-Chéri Lagrange est décédé à Pierre-Buffière, à l'âge de 85 ans. Notre regretté confrère était le père du Dr Fernand Lagrange, dont les travaux d'hygiène sur les exercices physiques ont été, dans ces dernières années, si justement remarqués.

Congrès des Sociétés savantes françaises en 1892. — Le Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira, à la Sorbonne, le 7 juin 1892.

Les journées des 7, 8, 9 et 10 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale aura lieu le 11 juin.

Cruveilhier. — On a inauguré mardi 23 février, à 2 heures, à Limoges, une plaque commémorative apposée sur la maison où naquit Cruveilhier. Elle porte l'inscription suivante : « Ici est né, le 9 février 1791, Jean Cruveilhier. Il exerça la médecine dans cette ville, puis fut successivement professeur aux Facultés de médecine de Montpellier et de Paris. Savant anatomiste et l'un des créateurs de l'anatomie pathologique, — décédé le 9 mars 1874. »

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *2° Excursion en Algérie et en Tunisie du 22 mars au 23 avril 1892.* — La Compagnie P.-L.-M. vient d'organiser, avec le concours de la Société des voyages économiques, une 2° excursion en Algérie et en Tunisie, comprenant l'itinéraire suivant :

Paris, Marseille, Alger (La Trappe de Staouëli, Sidi-Ferruch), Blidah (Les Gorges de la Chiffa), Bougie (El Chabet el Akhra), Sétif, Constantine, Batna, Timgad (Ruines Romaines), El Kantara, Biskra (Oasis de Sidi-Okba), Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis (La Marsa, Le Bardo, Carthage), La Goulette, Marseille, Paris.

Prix des billets : — 1re classe : 808 fr. 55. — 2e classe 745 fr. 75.

Ces prix comprennent : le transport en chemins de fer en France et en Algérie, la nourriture, le logement, les voitures pour la visite des villes, la visite des monuments, etc., etc., et une franchise de 30 kilogrammes de bagages sur tout le parcours. Le nombre des places est limité.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 16 mars 1892 inclusivement, aux bureaux de l'agence des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et 10, rue Auber, à Paris ; dans les gares des compagnies du Nord et de l'Ouest.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la compagnie : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ; rue Sainte-Anne, 6 ; et rue Molière, 7 ; rue Etienne-Marcel, 18.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

...is. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

REVUE GÉNÉRALE

DE L'APPENDICITE ET EN PARTICULIER DE LA COLIQUE APPENDICULAIRE

Par H. Barbier.

I

La question de l'appendicite n'est pas absolument neuve en ce sens que les altérations de l'appendice étaient signalées et connues depuis longtemps. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter à l'article de Blachez (1), sur la pathologie du cœcum dans le *Dictionnaire Encyclopédique*, et à la partie historique de la thèse de Maurin (2). La question paraît même suffisamment jugée à Blachez pour écrire « Il est incontestable que les accidents multiples qui ont été décrits sous le nom de typhlite ou de pérityphlite reconnaissent habituellement pour cause la perforation de l'appendice iléocœcal. »

On commença à s'écarter de la vérité des faits du jour où Albers de Bonn, décrivit la typhlite stercorale. Celle-ci fit perdre de vue l'appendice et ses lésions et l'on créa la *typhlite*, inflammation du cœcum, la *pérityphlite*, l'inflammation du tissu cellulaire sous-cœcal et sous-péritonéal. En réalité, cette distinction ne reposait que sur une erreur anatomique.

Le péritoine, disaient les anatomistes, ne tapisse le cœcum que sur ses faces antérieure et latérales; en arrière, le cœcum est en contact direct avec le tissu cellulaire du bassin (fosse iliaque). Quant à l'appendice, il est également de règle qu'il ne soit pas recouvert par le péritoine et qu'il se trouve logé dans le tissu cellulaire rétrocœcal. Dès lors, les perforations du cœcum, en arrière, aboutissent à l'abcès iliaque — pérityphite — et l'appendice, en plein milieu enflammé, s'altère secondairement.

Grisolle avait déjà protesté énergiquement, en faisant remarquer combien le phlegmon iliaque était rare à la suite des maladies pouvant s'accompagner d'ulcérations intestinales, fièvre typhoïde, dysenterie. Les recherches anatomiques faites simultanément par Trèves (1), en Angleterre, par Tuffier (2), en France, celles plus récentes de Clado (3), ont ruiné cette conception. Les deux premiers ont établi

(1) Article Cœcum, *Dict. Encycl.* — Voir également Nimier (*Arch. de méd.*, 1884) et With (Congrès de Copenhague).

(2) Essai sur l'appendicite et de la péritonite appendiculaire. (Th. de doctorat, Paris, 1890.)

(1) *Brit. Med. J.*, 1885-1887.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1887, t. XIX.

(3) Soc. biologie, 30 janv. 1892.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(Suite et fin) (1).

La caisse des retraites a la destination que son nom indique; elle est alimentée par la Compagnie. Celle-ci avance, en outre, aux jeunes gens, qui ont travaillé cinq années consécutives avant la conscription, l'argent nécessaire pour l'exemption du service.

Une augmentation de salaire, qui n'est jamais inférieure à 25 centimes par jour, est allouée aux ouvriers, après un certain temps de services continus, à titre « de prime à l'ancienneté ».

Tous les ans, l'administration construit trois ou quatre maisons à rez-de-chaussée contenant 4 pièces et deux petites annexes avec jardin, valant 3.000 francs chacune. On tire ces maisons au sort entre les ouvriers spécialement recommandés pour leurs bons services. Elles font l'objet d'une donation gratuite stipulée par acte notarié.

De plus, la Compagnie cède gratuitement des terrains aux ouvriers qui désirent se créer un petit jardin de rapport.

Une chapelle centrale a été bâtie, et autour d'elle on établira des jeux connus dans le pays : quilles, barres, paume, etc., et plus tard un cercle ouvrier, avec bibliothèque instructive et récréative. En attendant, on répartit 2.000 exemplaires de la *Semaine populaire illustrée* paraissant à Barcelone.

Afin d'occuper les femmes et les filles d'ouvriers, la Compagnie a acheté des machines portatives pour fabriquer de la bonneterie (bas, chaussettes, caleçons, ceintures), et on a fait venir de Barcelone une habile dentellière qui formera des ouvrières.

L'économat sera également complété par un magasin spécial de vêtements cousus par les femmes et filles des mineurs, et dont la Compagnie fournira la matière première; ces blouses, bourgerons, cottes, vestes, pantalons, seront vendus au prix de revient.

La Compagnie étudie divers projets d'assurances sur la vie, caisses d'épargne, asiles pour orphelins, vieillards et invalides.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51 et 52, 1891, 2, 5, 6, 8, 10 et 11, 1892.

que le péritoine entoure complétement le cœcum et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'il manque sur le tiers supérieur de sa face postérieure. Maurin (*loc. cit.*) a pu faire la même constatation sur plus de 100 sujets. D'autre part, en ce qui concerne l'appendice, M. Clado établit qu'il est bien une partie atrophiée du cæcum, que le péritoine lui constitue un *mésoappendice complet*, et ne s'arrête pas, ainsi qu'on l'avait dit, au tiers moyen ou supérieur, qu'il existe dans ce repli péritonéal une artère qui se divise comme les artères mésentériques. Les lymphatiques vont se rendre dans un petit ganglion situé au niveau de l'angle de l'appendice et du cœcum.

De plus, chez la femme, il existe un ligament appendiculo-ovarien, dépendance du péritoine établissant des communications lymphatiques entre cet organe et l'ovaire.

En examinant l'appendice de 112 sujets, Maurin a également trouvé toujours l'appendice entouré de la séreuse péritonéale.

Ces constatations de pure anatomie semblent suffisantes pour juger d'ores et déjà la théorie classique de la pérityphlite. Et si celle-ci peut être observée encore, ce n'est que consécutivement à une péritonite adhésive ayant accompagné la perforation (Maurin), ou consécutivement à la suppuration du ganglion que nous signalions (Clado).

Quant à la typhlite proprement dite, il faut en détacher bon nombre de faits et de symptômes qui rentrent dans le cadre de l'appendice. L'accumulation de matières fécales dans le cœcum peut fort bien ne se manifester par aucun symptôme (Blachez), et les faits de Bamberger et de Niemeyer, où la muqueuse est signalée comme enflammée et suppurée, restent jusqu'à présent une rareté. D'ailleurs, ainsi que l'a fait remarquer M. Talamon, l'accumulation se fait plutôt dans le rectum ou dans le côlon.

Dans tous les cas les lésions cœcales offrent un caractère de bénignité que ne présentent pas celles de l'appendice, et, s'il convient, jusqu'à nouvel ordre, de laisser subsister la typhlite, du moins les symptômes — ou une partie — doivent se rapporter aux signes de l'appendicite qui passent ainsi au premier plan.

Il est bien certain qu'en dehors du cas précédent, le cœcum peut être le siège de lésions ulcéreuses typhiques, dysentériques, que le tubercule et le cancer peuvent s'y rencontrer; mais ces affections ou perdent leur symptomatologie dans le tableau de la maladie générale, ou n'ont pas les caractères qu'on assignait autrefois à la typhlite, aujourd'hui à l'appendicite (Talamon).

Et si la typphlite proprement dite n'a pas perdu sa place dans le cadre nosologique il est avéré, cependant, que son importance a bien diminué.

Les chirurgiens, et principalement les chirurgiens américains (1), n'ont pas peu contribué à ce progrès. Mais peut-être par une réaction inverse, ont-ils grossi la part de l'appendice, au détriment du cœcum. Car rien n'empêche de concevoir une inflammation ulcéreuse de celui-ci en dehors même des causes citées plus haut, suivies ou non de perforation; et, en fait, la thèse de Maurin renferme une douzaine d'observations, où cette inflammation ulcéreuse est nettement signalée (*loc. cit.*) (2).

Faire la part de ce qui revient à la typhlite proprement dite dans les accidents inflammatoires qui ont pour siège la fosse iliaque externe droite, nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes tracé dans cette revue.

Disons seulement qu'en réalité le cœcum ne saurait toujours rester indifférent, même dans les cas typiques d'appendicite perforante, et que alors, on note que la paroi peut être épaissie et rouge (3). D'autre part, au congrès allemand de chirurgie tenu à Berlin en 1890, on a rapporté des observations de pérityphlite dans lesquelles l'appendice était intact, et M. Berger (4), à propos de trois cas observés par lui, a pu se demander à juste titre si tous les cas d'inflammation péricœcale étaient bien dus à l'appendicite.

On serait ainsi amené à considérer des accidents ulcéreux ayant les uns leur siège dans le cœcum (5), les autres dans l'appendice (6).

(1) Entre autres : Fitz. *New-York Med. Journ.*, mai 1888. — Roux, *Revue de la Suisse Romande*, avril et mai 1890.

(2) Voir également le compte rendu de la Société de chirurgie, en particulier la séance du 9 mars 1892, M. Jalaguier.

(3) Exemple, l'observation de Lejars. (*France médicale*, 1890, n° 44.)

(4) Soc. de chirurg., 15 oct. 1890.

(5) Voir Soc. de chirurgie, 12 février 1892 et en particulier les cas de M. Th. Anger, et 9 mars 1892, M. Jalaguier.

(6) Roux (de Lausanne). (*Rev. Med. de la Suisse Romande.*)

En outre, la Compagnie franco-belge des mines de Sommorostro, qui possède dans le pays des hauts-fourneaux, a installé pour ses ouvriers une Société de Secours mutuels et une Société coopérative.

Cette dernière, dite de la fabrique de Notre-Dame-du-Carmen, à Baracaldo, a pour but de fournir des comestibles et autres articles de bonne qualité, à des prix modérés; le droit d'entrée est de 25 pesetas et permet de prendre des fournitures pour la valeur des trois quarts de la solde.

Quant à la Société de secours mutuels, elle a pour but, moyennant une retenue de 2 et 3 0/0 de la solde, de créer et soutenir les écoles maternelles, primaires, et d'adultes, d'assurer aux ouvriers les soins médicaux et secours quotidiens en cas de maladie (de 35 centimes à 2 fr. 50 par jour suivant la paie), de fonder des hôpitaux et autres œuvres.

Je parlerai tout à l'heure des hôpitaux fondés pour les mineurs.

Enfin la Compagnie a traité avec un cantinier, qui, surveillé de très près, fait d'excellentes affaires en fournissant aux ouvriers qui le désirent des vivres (viandes, légumes, poissons salés) et du vin, à condition que le liquide ne puisse pas être consommé sur place. Les prix sont ceux de Bilbao, les denrées sont de la meilleure qualité.

Cette dernière œuvre est faite pour les ouvriers et les mineurs; mais la Société de secours mutuels et la Société coopérative n'existent pas pour ces derniers, parce que leur population se renouvelle incessamment, la plupart d'entre eux quittant leur famille pendant quelque temps seulement, et allant la retrouver après peu de mois passés aux mines.

On a bien essayé d'organiser des dortoirs, mais la Compagnie exigeant que les mineurs s'abstinssent de boire le jour, et de jouer la nuit, on a dû fermer bien vite ces salles.

V

Les principales sociétés du bassin minier de Sommorostro, près Bilbao, ayant à leur tête la Société franco-belge dont j'ai parlé plus haut, la Compagnie du petit chemin de fer faisant le trajet de cette ville à ce bassin, et quelques autres industriels, ont créé le 13 mai 1880, une association ayant pour but la fondation d'un capital et l'établissement d'une maison de secours à Matamoros, Galdames, Poveña et Désierto; l'associa-

Mais, nous le répétons, nous n'avons pas pour but d'étudier la question de savoir si, oui ou non, la typhite doit être absorbée par l'appendicite, mais seulement de retracer les caractères cliniques d'un des aspects que celle-ci peut revêtir.

II

L'étiologie de l'appendicite comprend les causes *prédisposantes* et les causes *déterminantes*.

Parmi les premières le *sexe* joue un rôle important; sur 616 cas (Maurin, Bamberger, Paulier, Pravaz (1) nous trouvons :

Hommes	470
Femmes	146

En ce qui concerne l'*âge* le maximum est entre 10 à 25 ans.

La constipation habituelle, les repas trop copieux, formés d'aliments indigestes et suivis d'exercices gymnastiques violents, sont également à ranger parmi les causes prédisposantes (Maurin) auxquelles M. J. Simon (2) ajoute l'entérite grave de la première enfance, le nervosisme.

Au premier rang des causes déterminantes se rangent les corps étrangers: fragments d'aliments ou d'objets introduits dans le tube digestif et ayant résisté à l'action du suc gastrique ou intestinal; les autres, ou proviennent des glandes annexes (calculs biliaires), ou sont formés de toutes pièces dans l'intestin (calculs stercoraux); ceux-ci sont les plus fréquents.

Sur 583 cas (Matterstoch, Krafft, Fitz, Maurin), on rencontre 251 fois des boulettes fécales, 53 fois des corps étrangers quelconques.

La constipation agirait (Talamon) en favorisant la formation des calculs stercoraux qui, une fois constitués, sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, forceraient la valvule de Gerlach et pénétreraient dans l'appendice. Il est probable, ainsi que nous le verrons, qu'un certain nombre de typhlites à rechutes n'ont point d'autre origine.

Mais, à côté de ces cas, il est certain qu'il en est d'autres où l'on ne rencontre pas de corps étrangers et où l'appendicite apparaît comme une maladie spontanée, propre à l'appendice. Existe-t-il une inflammation gangreneuse spontanée? (Lebert.) La chose est probable, et il en existe certainement des cas bien avérés.

(1) Th. de doct., Lyon, 1888.
(2) J. Simon, *Union médicale*, n° 101, 1891.

Nous laisserons de côté les lésions qui avoisinent et accompagnent l'appendicite. Après ce que nous avons dit des rapports de l'organe avec le péritoine, il nous paraît superflu d'insister sur le rôle de la péritonite. Point n'est besoin d'arguments pour discuter si la lésion, suppurée ou non, est extra ou intra-péritonéale; elle peut être l'un ou l'autre, mais la règle est que ce soit le péritoine qui soit pris. La péritonite est localisée ou généralisée selon que les adhérences ont eu le temps, ou non, de se former: il n'y a là qu'un processus banal à toutes les péritonites par perforation. A son tour celle-ci peut s'accompagner d'un abcès sous-péritonéal, par ulcération du péritoine. On voit par là ce qui subsiste de ces querelles oiseuses pour savoir où siége l'abcès pérityphlique. L'examen des faits force à l'éclectisme; mais la première phase est toujours, ne l'oublions pas, une péritonite.

III

Nous avons vu que la pénétration dans l'appendice d'un corps étranger était l'origine des accidents. Ce corps étranger, soit sous l'influence des contractions intestinales, soit en raison de son petit volume, peut être rejeté dans la cavité du cœcum, au milieu d'un ensemble de symptômes qu'on peut légitimement comparer à ceux de la colique hépatique ou néphrétique.

C'est à ce groupement symptomatique que M. Talamon applique la dénomination de COLIQUE APPENDICULAIRE (1). C'est l'accident le plus simple, le premier degré de la maladie.

A un degré plus élevé, il distingue également 3 phases.

— Dans la première — APPENDICITE SIMPLE — le corps étranger se dégage pour un motif quelconque, mais après avoir suffisamment séjourné dans l'appendice pour y provoquer des lésions inflammatoires, *mais sans perforation*. La résolution se fait peu à peu, l'inflammation laissant ce-

(1) Talamon. *Medec. Mod.*, 1890, n° 26.

---

tion acheta un terrain appelé Buenos-Ayres, sur lequel s'éleva le premier hôpital minier, et elle prit le nom de « Société des hôpitaux miniers de Triano », au capital de 150,000 pesatas divisé en 300 actions donnant chacune 5 0/0 d'intérêts produits par la retenue de tant pour 100 sur les résultats de l'exploitation des mines.

A ce moment, les mines de Gallasta et de ses environs étaient en pleine activité, et c'est dans cette localité que résidaient le plus grand nombre des mineurs. Vers 1887, le rendement alla en déclinant, sur ce point, et, en revanche, les mines nouvelles, et surtout celle de Matamoros crûrent en prospérité, si bien que, sur un total de 796 ouvriers blessés ou malades, il y en avait 238 de la région de Matomoros, ce qui nécessita la création d'un autre hôpital.

Les hôpitaux, à l'entretien duquel concourent les ouvriers euxmêmes, par la retenue de 2 0/0 sur leur solde, sont au nombre de trois : 1° l'hôpital de Triano, qui date de 1883, peut recevoir 80 malades et possède, en outre, un pavillon spécial pour maladies infectieuses; le service est fait par un médecin, directeur de tous les hôpitaux du district, un médecin adjoint, un aumonier, trois praticiens, sept sœurs de charité et sept employés ou infirmiers.

2° L'hopital de Matamoros avec 50 lits et un pavillon d'isolement, construit en 1890, servi par deux médecins, un chapelain, un praticien, six sœurs, cinq employés ou infirmiers.

3° L'hôpital de Goldamès, avec 16 lits, qui reçoit, comme le précédent, les malades et les blessés légèrement, tandis que celui de Triano accueille les grands traumatismes.

Pour les premiers secours, il y a, au lieu dit le Desierto, une maison de secours servie par un praticien.

En outre, les ouvriers sont assistés à domicile par des médecins au nombre de onze, et ils prennent leurs remèdes dans des pharmacies qui les leur délivrent à prix réduits fixes par contrat.

De plus, en cas d'accidents, les mineurs blessés et devenus impotents reçoivent une indemnité qui est ainsi déterminée: — Pour cécité 500 pesetas, pour perte d'un œil 150 p., de la cuisse 375 p., d'une jambe 250 p., d'un bras 250 p., de la main ou du pied 200 p. On donne 150 p. à la veuve d'un ouvrier sans enfants, et 50 p. en plus pour chaque enfant.

Dans l'exercice 1885-1886, on a traité 967 mineurs à l'hôpital,

pendant des adhérences péritonéales ; la sérense s'est prise *par contiguité*.

— La seconde et la troisième phase correspondent à l'*appendicite perforante*. Mais la rapidité de la marche de celle-ci amène à faire une distinction entre le cas où la perforation est lente — *appendicite perforante subaiguë* — et celui où elle se fait rapidement. Dans le premier cas, des adhérences péritonéales se sont faites au pourtour de la perforation ; la *péritonite* consécutive est *localisée*.

Dans le second cas, au contraire, la perforation se faisant entre deux et quatre jours, la péritonite quelquefois localisée, peut aussi *se généraliser* faute d'adhérences protectrices. (Talamon.)

Dans tous les cas, l'abcès sous-péritonéal est exceptionnel.

Comment maintenant et par quel mécanisme se fait la perforation ? Il faut ici distinguer les cas où il y a *un corps étranger* provocateur et ceux où *il n'en existe pas* (appendicite perforante primitive).

Dans le premier cas le corps étranger joue certainement un rôle mécanique. Mais les auteurs se sont trompés en l'accusant de déterminer un traumatisme, origine de la perforation. En réalité les choses ne se passent pas ainsi.

Que nous apprend l'anatomie pathologique ? C'est que le corps étranger s'arrête à la partie supérieure de l'appendice, que tout l'organe est gonflé et enflammé, et qu'enfin la *perforation ne siège nullement au niveau du corps étranger*, mais vers la pointe de l'appendice, plus ou moins loin de celui-là ?

Pour expliquer le mécanisme de la perforation, Roux (de Lausanne) a fait jouer un rôle à l'hydropisie de la vésicule, dont les parois, distendues par les liquides inflammatoires, se perforeraient par pression excentrique. Mais M. Talamon a fait ressortir le non fondé de cette hypothèse. Pour lui le phénomène primordial — dont rend bien compte la disposition des vaisseaux dans l'appendice — c'est la gêne de la circulation par compression du fait du corps étranger enclavé.

(1) Bulletin de la Soc. anat., 1892, *Progrès médic.*, 1882, *Médec. moderne*, 1890.

De là, le gonflement, la congestion de l'appendice. C'est ici alors qu'intervient le microbisme normal de l'intestin. Les microbes de la muqueuse prolifèrent, et l'inflammation de celle-ci aboutit à la perforation (Talamon).

Dans ses recherches récentes, M. Clado (Soc. de biologie, *l. c.*) a montré le rôle qu'il fallait faire jouer dans ce cas au bacterium coli commune qu'il a constamment rencontré dans l'appendice, dont il a constaté la présence dans le pus des abcès pérityphliques, et dont il a pu suivre dans 3 cas la migration.

D'autre part, il a montré que la structure de l'appendice rappelait complètement celle du gros intestin : mêmes couches, même muqueuse, et surtout même richesse en glandes lymphatiques, et en tissu adénoïde et glande muqueuse. Cette structure est constante, *sauf à la pointe*, où la régularité de toutes les couches disparaît. Elle lui permet de considérer l'appendiculite comme une glandulite, aboutissant à l'abcès intra-appendiculaire, et de concevoir également la raison pour laquelle la perforation se fait de préférence à la pointe, puisque c'est là, en somme, que l'histologie révèle le centre de moindre résistance. Dans ces cas, ainsi que nous le disions, il n'y a qu'un instant, c'est le bacterium coli commune qu'il faut incriminer, c'est lui l'hôte habituel de l'appendice, devenant à l'occasion l'agent pathogène de l'appendicite.

Nous laissons de côté, bien entendu, les appendicites tuberculeuses et celles exceptionnelles où on a trouvé des actinomycètes dans le pus (Ransons) (1).

Nous n'insisterons pas sur les symptômes de l'appendicite qui sont ceux de la typhlite avec ou sans pérityphlite.

Ce sont, dans le premier degré, — *colique appendiculaire* de M. Talamon — 1° une douleur fixe, spontanée quelquefois, mais qu'on provoque toujours par la pression, un peu au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antérieure droite ;

2° Une douleur paroxystique siégeant surtout au pourtour de l'ombilic, et qui est due à des contractions réflexes du gros intestin ;

3° Des nausées, suivies ou non de vomissements alimentaires, bilieux, fécaloïdes (pseudo-étranglement.)

(1) *Royal Med. med. and. chir. Society*, London, 10 avril 1891.

dans celui de 1886-1887, on en a traité 1117, et 2319 sont venus à la consultation gratuite.

Le budget pour l'exercice 1890-1891. (du 18 décembre au 1er décembre) porte, comme honoraires du personnel des trois hopitaux, 40,000 pesetas pour les médecins de l'assistance à domicile, 10,000 pour les remèdes, 32,000 pour nourriture, chauffage, etc. 51,000, pour secours en cas d'accidents, 8,000, pour appareils et instruments de chirurgie. Le total du chapitre dépense, y compris 85,000 francs de dettes, est de 292,000, tandis que les recettes ne montent qu'à 20,700 p., qu'on couvrira en imposant de 50 0/0 les sommes fournies déjà par les Compagnies et les ouvriers.

Durant les deux derniers exercices (1er décembre 1888 au 1er décembre 1890) 2318 ouvriers ont été soignés à l'hopital, 1778 sont venus à la consultation. Dans ces deux exercices il y a eu 1698 malades dont 582 affections thoraciques, 39 phtisies, 425 affections gastriques.

Les traumatismes ont été au nombre de 619 ; il y a eu 237 opérations, la mortalité s'est élevée à 135.

Rien de plus coquet que l'hopital de Triano, situé sur une hauteur dans cette région minière si mouvementée, et où les trains et va-et-vient de corbeilles chargées de minerai fonctionnent sans cesse. Lorsque je fus le voir, en avril dernier, avec M. Neuville, notre zélé consul français à Bilbao, par une bourrasque inopportune, je n'y trouvai pas l'habile médecin qui dirige le service. Le Dr Enrique Areilza (1) a conquis au concours cette situation ; il jouit d'une grande autorité dans le monde chirurgical d'Espagne, mais guidé par un des internes, je pus m'assurer de l'excellente installation de ce petit hopital, qui, pour la capacité et la distribution des salles, l'aménagement de la salle d'opération, munie de tout ce qu'exige l'antisepsie la plus scrupuleuse, me paraît devoir être cité avec éloges.

VI

Les Compagnies de chemins de fer ont suivi l'exemple des Compagnies françaises en assurant à leurs employés

(1) Mon distingué confrère a publié dans la « Revista de Ciencias medicas de Barcelone » et dans la « Revista de Medicina y Cirurgia practica de Madrid », deux remarquables mémoires sur les fractures du crâne et la trépanation (1887) et les pressions transversales du pelvis (1891 que j'ai lus avec intérêt au moment où ils ont paru.

4° La constipation par parésie réflexe du gros intestin, avec tympanisme;

5° La diminution de la sécrétion urinaire allant quelquefois jusqu'à l'anurie, s'accompagnant assez souvent d'albuminurie, et toujours d'une forte proportion d'indican.

6° Les signes fournis par la palpation de la fosse iliaque: masse diffuse, empâtement, tumeur cylindrique, etc.

Ces phénomènes rétrocèdent avec la chute dans le cœcum du calcul engagé; s'ils se répètent, on a une série d'accidents connus sous le nom de typhlite à répétition et abontissant à l'inflammation pariétale de l'appendice, *appendicite* avec sa double terminaison par *résolution* si le calcul retombe dans le cœcum, par *perforation*, si l'obstruction persiste (1).

Les symptômes fournis par la colique appendiculaire expliquent la confusion possible avec un certain nombre d'affections intra-abdominales douleureuses. Au nombre de celles-ci se placent la *colique hépatique*, la *colique néphrétique*, et, plus en rapport avec les phénomènes intestinaux proprement dits, l'*indigestion*, une *crise douloureuse d'entérite membraneuse* (2).

1° Ainsi que le fait remarquer M. Talamon, il est plus facile de tracer théoriquement les caractères distinctifs de la colique hépatique et de la colique appendiculaire que d'arrêter d'emblée son diagnostic au lit du malade. Le siège, les irradiations de la douleur sont différents dans les deux cas; mais dans la crise même le malade, à de rares exceptions près, ne saurait préciser le siége exact de sa douleur et si la crise est unique on reste forcément dans le doute, à moins que, comme c'est la règle, l'accès douloureux ne soit suivi d'un certain degré d'appendicite. Dans ce cas, quand l'orage est passé, on constate alors des signes propres à celle-ci: douleur iliaque, point douloureux spécial, rigidité des muscles abdominaux au-devant du cœcum.

Dans le même ordre d'idées, la cholécystite calculeuse peut aussi donner le change. M. le professeur Potain et Maurin, dans sa thèse, ont vu qu'il existe dans ces cas des douleurs irradiées le long du côlon ascendant jusqu'au cœcum. Mais ces cas sont rares et atteignent de préférence les personnes âgées, chez qui l'appendicite est une exception.

2° La colique néphrétique, par contre, expose à une erreur plus certaine. Dans les deux cas on a des irradiations vers l'aine ou le testicule avec phénomènes urinaires. J'ai observé pour ma part un cas où l'erreur a été commise chez un enfant issu de souche arthritique, et dont les principaux symptômes de son appendicite se portaient de préférence à chaque crise sur les organes génito-urinaires: rétraction du testicule, urine rare, rouge, à dépôts uratiques, pollakyurie, érections faciles de la verge.

Ce même enfant avait en outre une rétraction de la cuisse sur le bassin, que nous retrouverons à propos des cas qui peuvent prêter à confusion avec la coxalgie.

Cependant M. Talamon ne pense pas que l'erreur puisse se continuer plus de vingt-quatre heures à cause de l'apparition, au bout de ce temps, de l'appendicite qui fait suite à la colique. Maurin y ajoute l'absence de fièvre et de tumeur, mais ce dernier signe nous paraît dans l'espèce au moment de l'accès, avoir peu d'importance, puisqu'il s'agit de faire le diagnostic avant l'apparition de l'appendicite, c'est-à-dire de la tumeur.

3° Rappelons-nous les conditions qui régissent l'apparition des phénomènes appendiculaires — repas copieux, et nous verrons que le diagnostic s'imposera souvent à faire avec l'indigestion, surtout, ainsi que le fait remarquer M. Talamon, si la douleur de l'appendiculite est sourde et se localise de préférence sur l'intestin. Les vomissements s'observent dans l'un et l'autre cas, mais tandis que, dans le premier, ils jugent l'indigestion, dans le second ils ne constituent qu'un épiphénomène: les accidents persistent, la douleur se localise dans la fosse iliaque, les symptômes péritonéaux se montrent. On comprend de quelle importance est le diagnostic: dans une des alternatives, c'est la guérison, dans la seconde ce peut être la mort en quarante-huit heures.

4° En ce qui concerne l'entéro-colite muco-membraneuse, il existe de nombreux points de comparaison entre elle et l'appendiculite: même cause originelle, même marche

(1) Talamon, *Méd. mod.*, 1890, n° 45.
(2) Causes d'erreur dans le diagnostic de l'appendicite (Talamon *Med. mod.* 14 janvier 1892.)

---

les soins médicaux, soit à domicile, soit dans les hôpitaux. J'ai sous les yeux le règlement de la Compagnie du Nord de l'Espagne que je dois à l'obligeance de M. le Dr Bide, médecin en chef de cette Compagnie. Mais comme ce règlement ressemble, ainsi que je l'ai fait pressentir, à ceux des Compagnies françaises, je n'en dirai que quelques mots.

L'examen des employés avant leur entrée au service est fait avec beaucoup de soin par les médecins de la Compagnie. Il ne faut pas que les candidats aient une infirmité qui rende l'exercice de leurs fonctions difficile pour eux et préjudiciable au public, qu'ils aient des diathèses ou des prédispositions capables de leur faire prendre trop fréquemment des bulletins de maladie exemptant du service. Pour les mécaniciens, les aiguilleurs, d'autres encore, il est nécessaire que la vision soit normale et des examens de l'œil par des médecins spéciaux sont pratiqués à Madrid, Léon, Valladolid, Saragosse, Barcelone à l'aide d'instruments, la plupart de fabrication française.

On refuse tout candidat atteint de maladies de peau, ou nerveuse, de surdité, de difformités apparentes, de maladies des poumons ou du cœur, de hernie, etc.

La fourniture des médicaments n'est faite gratuitement qu'aux agents dont le traitement est inférieur à 3 000 frs. Le règlement prescrit un avis spécial du médecin quand la maladie de l'agent arrive au terme de trois mois; et quand elle arrive à celui de six mois, le médecin doit déclarer si elle est ou non susceptible de guérison. Cet article du règlement, copié sur les règlements français, montre la situation précaire de l'employé malade, quand même la fatigue causée par son emploi aurait amené sa maladie.

Des boîtes de pharmacie et d'instruments existent dans les principales stations et dans les trains, pour permettre les secours aux blessés auxquels sont obligés les médecins de la Compagnie; dans le cas où les blessés étrangers ou bien les employés malades, réclament le secours de médecins n'appartenant pas à la Compagnie, ceux qui lui appartiennent doivent surveiller le malade au point de vue des délais à lui accorder, jusqu'au jour où il reprendra ses occupations.

Des instructions spéciales sont aux mains des agents pour régler leur hygiène, et leur indiquer l'usage des principaux remèdes des boîtes de secours.

Le règlement de la Compagnie du chemin de fer de Madrid-Sa-

à rechute ; il y a plus encore, c'est que cette colite prédispose à l'appendicite qui peut alors survenir à titre de complication et embrouiller encore davantage le problème qui se pose au clinicien.

Ce n'est donc dans ce cas que par une exploration attentive de l'abdomen (Talamon) et par une recherche des points douloureux localisés caractéristiques de l'appendiculite, qu'on pourra asseoir son diagnostic. Les douleurs plus diffuses de la côlite, il est vrai, peuvent cependant se localiser ; mais cette localisation se fait de préférence sur le côlon descendant, c'est donc à gauche qu'on trouvera dans ces cas le maximum de la douleur, et non à droite comme dans l'appendiculite.

Les localisations anormales des phénomènes douloureux de celle-ci, comme dans un cas de Routier (1), où le maximum douloureux avait été constaté dans l'hypochondre gauche et un autre de M. Schwartz (2), sont et restent des exceptions, dans lesquelles l'erreur de diagnostic a les plus grandes probabilités, sinon la certitude d'être commise.

4° Dans l'observation dont nous avons parlé tout à l'heure, nous avons vu que le petit malade avait offert des symptômes du côté de la hanche, symptômes qui auraient pu faire songer à la coxalgie : flexion permanente de la cuisse sur le bassin contracture des muscles péri-articulaires, lordose, quand on essayait de produire l'extension du membre inférieur.

Gybney, cité par M. Talamon, rapporte de son côté six cas dans lesquels il a pu observer également des symptômes coxalgiques. Mais en réalité il s'agit, dans ces cas, des phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'appendicite perforante, dans lesquels le muscle psoas iliaque, en raison de son voisinage du foyer purulent, joue le rôle primordial.

(1) Soc. de chirurg., 15 octobre 1890.
(2) Soc. de chirurg. 2 octobre 1890.

ragosse, qui date de septembre 1862, est à peu près rédigé de même que celui de la Compagnie del Norte.

La plupart des Compagnies espagnoles de chemin de fer ajoutent au service médical des institutions de secours et de prévoyance.

L'une des organisations les mieux entendues, sous ce rapport, est encore celle du chemin de fer du Nord de l'Espagne.

De plus, cette Compagnie a établi, sous la direction de son médecin en chef, M. le Dr Bide, tout un système de secours aux mineurs qui dépendent de la Compagnie, et sont employés à extraire ses charbons. M. le Dr Bide, a récemment publié, sous le titre « *Cartilla sanitaria de los mineros de la Compania* » un petit livre qui a également paru à part, avec destination à toutes les entreprises minières. Dans ce livre, l'auteur traite de tous les accidents qui peuvent survenir dans les mines de charbon, explosion, incendie, asphyxie, inondation, et des moyens de porter remède aux conséquences de ces accidents; des gravures représentent les détails de ces secours et les appareils nécessaires. Cette lacune dans la littérature d'hygiène et de prévoyance a été heureusement comblée.

Dr C. Delvaille.

REVUE CRITIQUE

SUR LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

Dans un article précédent, nous avons cru devoir présenter quelques considérations sur la méthode de traitement de la colique hépatique par l'huile d'olive à haute dose. Ces considérations nous étaient inspirées par la lecture d'un excellent mémoire de M. le Dr Willemin, de Vichy. Une communication récente de M. le Dr Ferrand donne à ce sujet un renouveau d'intérêt, d'autant qu'elle soulève un certain nombre des questions importantes et difficiles à résoudre, entre autres celles du mode d'action du remède, que nous aurions avantage à connaître, ne fût-ce que pour enlever à la méthode son primitif caractère d'empirisme. Du fait clinique lui-même, c'est-à-dire de l'efficacité du remède vis-à-vis des phénomènes douloureux, il n'y a plus rien à dire, à moins que l'on ne veuille constater encore une fois cette efficacité, affirmée de rechef et d'une manière indiscutable par les observations qui ont servi de base au travail de M. Ferrand. Dans ces observations, comme dans celles qui ont été publiées antérieurement, on constate à la fois la rapidité et l'uniformité des effets produits, c'est-à-dire pour presque tous les malades un soulagement prompt, presque instantané et, en un mot, assez durable, tel que pourrait le souhaiter le thérapeutiste le plus exigeant. Entre les faits de M. Ferrand et ceux des autres observateurs, il n'y a d'autre différence à relever que celle qui a trait à la qualité et à la quantité du remède employé : le premier ayant fait usage exclusivement de la glycérine à petites doses, tandis que les autres ont eu recours de préférence à des doses massives d'huile de 150, 200 et même 300 gr. Le point important, la question délicate, c'est de savoir par quel mécanisme ces corps gras interviennent pour modifier les phénomènes douloureux liés à la migration des calculs : la conclusion, s'il y en a une, paraissant d'ailleurs indifféremment applicable à la glycérine et à l'huile, dont l'action doit relever de la même interprétation.

M. Ferrand n'a pas laissé dans l'ombre cette partie de son sujet, et les expériences qu'il a instituées ont eu précisément pour but de l'éclairer. On peut tout d'abord et délibérément écarter avec lui l'hypothèse d'après laquelle les corps gras liquides se comporteraient vis-à-vis des concrétions biliaires à la manière de dissolvants, et comme de véritables *lithontriptiques*. Rien n'autorise à admettre ce pouvoir de dissolution, puisque des expériences *in vitro* prouvent que ces concrétions restent inattaquées et conservent leur forme, leur poids, leur volume, après une immersion de plusieurs heures, voire même de plusieurs jours, dans la glycérine ou dans l'huile. D'ailleurs, même en supposant ce pouvoir réel, il faudrait que chez ces malades il fût libre de s'exercer, ce qui n'est point le cas, puisque les calculs sont retenus et enchatonnés dans les voies biliaires, et soustraits par conséquent d'une manière à peu près complète au contact des matières stomacales. On ne saurait invoquer ici la pénétration directe de la glycérine à travers les voies biliaires, cette pénétration n'ayant nullement été démontrée. Et d'ailleurs avec cette hypothèse, comment expliquer la promptitude d'action du remède? Aussi convient-il de l'abandonner définitivement, comme la moins acceptable de toutes celles qui ont été proposées. Telle est du reste l'opinion formulée par M. Willemin, dans le très intéressant travail que nous avons signalé. Notre

confrère, à l'encontre de Touâtre, rejette complètement l'influence directe de l'huile sur les concrétions, et il repousse également l'hypothèse d'une action indirecte, par dédoublement de l'huile en acides gras et en glycérine. Cette hypothèse se trouve d'ailleurs infirmée définitivement par les expériences de M. Ferrand, il n'y a donc plus lieu de s'arrêter à une théorie, qui dès le début a dû paraître invraisemblable, par cela même qu'elle s'appuyait sur un raisonnement *a priori* et sur des arguments d'ordre purement physique. Du reste, à l'heure actuelle, elle n'est plus admise par personne.

Serait-on plus près de la vérité en admettant ici une action particulière de la glycérine sur la sécrétion biliaire, action qui s'exercerait dans le sens d'hypersécrétion momentanée? Une pareille hypothèse présente évidemment quelque chose de séduisant, et au premier abord elle donne satisfaction à l'esprit, car elle rendrait bien compte de la progression des calculs et conséquemment de la cessation des phénomènes douloureux, qui sont liés à l'arrêt et à la fixation de ces derniers. Aussi M. Willemin l'a-t-il discuté avec soin, pour la rejeter en fin de compte, en faisant remarquer avec quelque apparence de raison que l'action cholagogue d'ailleurs incontestable, exercée par l'huile sur le foie, serait tout aussi apte à augmenter le spasme des crises biliaires, cause primordiale de la douleur, qu'à le faire cesser. Il a donné la préférence à une autre théorie, celle de l'action réflexe, d'après laquelle le contact de l'huile avec l'estomac produirait une action à distance qui retentirait sur les voies biliaires pour en faire cesser la contraction spasmodique. Mais à ce moment, M. Ferrand n'avait pas fait connaître ses expériences qui nous paraissent avoir beaucoup éclairé la question.

D'après ces dernières, il apparaît comme extrêmement probable que la glycérine agit en vertu de l'action cholagogue énergique qu'elle possède, c'est-à-dire en produisant une abondante hypersécrétion biliaire qui aurait pour effet direct le déplacement des calculs arrêtés dans les canaux, pour effet indirect la disparition de la cause qui entretient le spasme douloureux. Un fait incontestable, c'est que le médicament est absorbé rapidement après son introduction dans l'estomac. Mais cette absorption ne se fait pas directement par les voies biliaires, comme on l'a dit, elle a lieu par l'intermédiaire du réseau lymphatique qui la transporte dans la vésicule et dans les ramifications intra-hépatiques où elle a été retrouvée, mélangée à la bile qui remplit ces cavités. Par suite de sa présence, il se produit un afflux sécrétoire qui exerce une pression en arrière des calculs et favorise ainsi leur progression et leur issue définitive vers le duodénum. On peut admettre ici encore, mais comme une chose non démontrée, l'intervention d'un phénomène purement physique, la lubréfaction des parois canaliculaires par le mélange des corps gras avec la bile. Toujours est-il que les expériences de M. Ferrand ont rendu indéniable cette absorption de la glycérine, notion extrêmement importante, car elle nous permet de comprendre l'efficacité d'un remède que ses promoteurs ont préconisé longtemps, sans chercher à se rendre compte de son mode d'action. Doit-on croire maintenant, avec notre savant confrère, que la glycérine est ici supérieure à l'huile et admettre qu'elle devra lui être préférée dans tous les cas où l'indication sera nettement posée? La réponse à cette question ne peut être fournie que par la clinique.

En fait, l'efficacité de l'huile paraît égale à celle de la glycérine : mais cette dernière a l'avantage de produire les mêmes effets à doses bien moindres, avantage qui est loin d'être indifférent, si l'on tient compte de la répulsion habituelle des malades pour les substances grasses, quelles qu'elles soient. D'un autre côté, s'il est vrai que l'huile n'agit que par la glycérine qu'elle renferme, et qu'elle abandonne par dédoublement, on ne voit pas pourquoi on ne donnerait pas systématiquement la préférence à la glycérine. Telle est la conclusion pratique par laquelle se termine le travail de M. Ferrand, et il n'y a pas de raison pour lui refuser son adhésion, appuyée qu'elle est sur des expériences rigoureuses et précises. Si nous ajoutons, avec notre confrère, que le traitement par la glycérine est inoffensif, que de plus il est susceptible d'une application prolongée, peu fatigante pour les malades, nous aurons formulé sur lui un jugement assez favorable pour entraîner la conviction de bien des praticiens. Et ce que l'on ne pourra plus contester, c'est le cacactère de précision que ce traitement acquiert désormais, et que nous devions mettre en relief, en opposition avec la donnée purement empirique invoquée à l'origine par ceux qui se sont constitués les promoteurs enthousiastes de la méthode. Aussi nous paraît-il appelé à prendre rang parmi les acquisitions thérapeutiques durables de notre époque.

P. M.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE THIOPHEN, UN SUCCÉDANÉ DE L'IODOFORME

Le nouveau médicament qui nous vient d'Allemagne, et qui paraît appelé à remplacer avantageusement l'iodoforme dans certaines circonstances, a été extrait du goudron de houille, il y a une dizaine d'années, par M. V. Meyer. C'est un hydrocarbure de la formule C^4H^4S, d'une constitution atomique assez semblable à celle du pyrrol.

Le thiophen est liquide à la température ordinaire, d'une consistance oléagineuse, incolore, d'une odeur peu prononcée. Il est miscible à l'eau en toutes proportions. Il entre en ébullition à 84°.

D'après les expériences faites par Heffter (*Archiv. für die Gesammte Physiologie*, t. XXXIX, p. 420), le thiophen est dépourvu de toxicité. Le produit s'élimine en majeure partie par la voie rénale.

Deux combinaisons du thiophen ont servi jusqu'ici à des expériences thérapeutiques : le thiophensulfate de soude $C^4H^3S, NaSo^3$, et le thiophen biiodure $C^4H^2I^2S$. Le premier de ces deux corps, formé par une poudre blanche, renferme 3 p. 100 de soufre; il est d'une odeur assez désagréable, mais qui disparaît quand l'agent médicamenteux a été mélangé à un excipient dans la proportion de 5 à 10 p. 100. Des essais thérapeutiques ont été faits, dans le service du professeur Kaposi, de Vienne, avec des pommades de cette nature mélangées par parties égales avec de la lanoline et de la vaseline. M. E. Spiegler, qui a rendu compte de ces essais (*Therapeutische Monatshefte*, 1892, n° 2, p. 66), annonce que dans 30 cas de prurigo, le thiophensulfate de soude (pommade à 20 et 10 p. 100) a fait cesser les démangeaisons plus rapidement (huit jours) et plus sûrement que le naphtol. Ces essais ont été faits sous la forme de véritables expériences comparatives, en ce sens qu'une moitié du corps du sujet était enduite de la pommade au thiophensulfate de soude et l'autre moitié avec la pommade au naphtol.

Le thiophen biiodure, qui représente du thiophen dans le-

quel deux atomes d'hydrogène sont remplacés par de l'iode, a été expérimenté à titre de succédané de l'iodoforme, dans le service des maladies de peau de Kaposi et dans le service chirurgical du professeur von Dittel, de Vienne. Ce corps, qui cristallise en belles lamelles, et qui est insoluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool, dans l'éther, dans le chloroforme et dans d'autres véhicules, entre en fusion à 40°,5. Il est volatile et dégage une odeur qui n'a rien de désagréable. Pour les essais thérapeutiques dont il a fait l'objet, on l'emploie tantôt en nature, pour le saupoudrage, ou incorporé à de la gaze, dans la proportion de 10 p. 100. On imprègne la gaze de la solution suivante :

Thiophen biioduré	50 parties
Alcool rectifié	àâ 500 —
Éther sulfurique	
Glycérine	10 —

Avec addition de 2 à 3 parties d'une solution de safranine, pour obtenir une répartition plus uniforme du thiophen dans la gaze et donner à celle-ci une couleur qui permette de la distinguer à première vue des autres matériaux de pansement.

Le thiopben biioduré contenant 78 0/0 d'iode et 9,5 0/0 de soufre, il était à prévoir que ce corps possédait un pouvoir bactéricide très énergique. Effectivement, des cultures du staphylocoque doré, saupoudrées avec du thiophen biioduré, étaient restées stériles au bout du douzième jour, tandis que d'autres cultures, qui servaient de pièces de contrôle, étaient complètement liquéfiées, le troisième jour, par suite de la pullulation du microcoque ensemencé. L'expérience a été faite à la température de la chambre.

Dans un cas de chancre induré, des applications en nature de thiophen bioduré n'ont pas produit les effets qu'on peut attendre d'un spécifique. L'ulcère chancreux s'est détergé très rapidement au contact du topique, mais pour obtenir sa cicatrisation, il a fallu recourir finalement à une application d'emplâtre mercuriel.

Dans le traitement des plaies communes, la gaze au thiophen biioduré a donné les résultats les plus satisfaisants : action désodorisante plus énergique que celle de l'iodoforme, action dessiccante au moins égale. Par contre, les granulations avaient moins bon aspect; elles étaient plus petites, d'nu rouge moins vif. Telles sont les appréciations portées par M. Spiegler sur la valeur du nouveau topique.

Dans le service du prof. von Dittel, la gaze au thiophen biioduré a été expérimenté dans les circonstances suivantes : plaie consécutive à l'extirpation d'un cancer du sein; abcès consécutif à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire; phlegmons; mastite; caries; inflammation suppurative de la bourse prérotulienne; gangrène consécutive à un traumatisme des tendons des extenseurs de la main. D'une façon générale, les résultats ont été très satisfaisants. M. Hock (*loc. cit.* p. 68) constate que, pour tarir les suppurations, et comme désodorisant, le thiophen biioduré s'est montré supérieur à l'iodoforme, cela notamment dans les cas de carie osseuse et dans le cas du cancer du sein. Il a semblé aussi qu'à l'inverse de ce qui a lieu pour l'iodoforme, le thiophen biiodnré soit doué d'une certaine action anti-eczémateuse. Ainsi à la suite de l'incision d'une bourse prérotulienne en voie de suppuration, un pansement à l'iodoforme avait déterminé, au quatrième jour, l'apparition d'un eczéma. On substitua à la gaze iodoformée la gaze au thiophen biioduré, et l'eczéma se dissipa très rapidement. La cicatrisation se fit d'ailleurs de la façon la plus régulière. Jamais il n'est survenu de poussée eczémateuse, à la suite de l'emploi exclusif du pansement au thiophen biioduré, jamais non plus le moindre signe d'intoxication. La seule infériorité du nouveau topique, signalée déjà plus haut, consiste dans la lenteur avec laquelle se développent les granulations, qui sont plus petites, plus fermes, moins roses que sous le pansement à l'iodoforme. D'autre part, quand le thiophen biioduré est appliqué en nature sur une plaie, ce qui est nécessaire quand on veut obtenir une désinfection énergique, il détermine une sensation de brûlure qui persiste au plus pendant une demi-heure. Il en est de même avec la gaze, quand celle-ci contient du thiophen biioduré dans la proportion de 20 à 30 0/0. Cette gaze a du reste une odeur aromatique assez agréable, ce qui confère au nouveau topique une autre supériorité sur l'iodoforme. Mais il importe de la conserver dans des récipients bien clos, à cause de la volatilité du thiophen biioduré.

M. Hock a signalé que différents confrères de Vienne ayant expérimenté le thiophen biioduré dans le traitement du chancre mou, ces expériences avaient donné des résultats contradictoires. Il a été dit plus haut que, d'après les essais faits dans le service de Kaposi, dans des cas de chancre syphilitique le thiophen paraît dépourvu de toute action spécifique sur les accidents vénériens, contrairement à ce qui a lieu pour l'iodoforme.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

COURS DE CHIMIE; t. III : *Chimie biologique*, par le prof. ARM. GAUTIER.

Il est deux sortes d'esprits scientifiques : les premiers, par leurs travaux honnêtes, creusent des fondations sur lesquelles ils redoutent d'édifier une idée neuve; ils imitent assez bien ces dessins d'écolier qui ne représentent qu'un nez, une bouche, une oreille et jamais une figure entière. Les seconds, aussi patients dans leurs recherches, ne s'engagent pas dans une voie sans aller jusqu'au bout; du fait observé, ils tirent les conséquences qu'il renferme, possèdent d'une façon très complète la signification de leur besogne et ne se préoccupent pas de la direction que les anciens donnaient à leur coup de pioche. De leur œuvre se dégage la sensation d'une personnalité qui imprime sa marque originale à ce qu'elle touche.

M. le prof. Gautier appartient à cette classe de chercheurs qui va de l'avant. Son cours de chimie est d'une très haute conception. Lisez les premiers chapitres de la chimie biologique: cela est écrit par quelqu'un.

« La sensation, la pensée, la mémoire, dit l'auteur (1), sont des formes passagères que l'énergie matérielle imprime ou fait paraître dans l'organisme, et que met en évidence l'ordre de succession régulier ou anormal des actes physico-chimiques dont ces organismes sont le siège : c'est l'heure vraie ou fausse que marquait l'aiguille de notre horloge. »

Cette phrase nous montre la langue de l'auteur : très philosophique et rendue saisissante par l'image juste.

L'ouvrage comprend cinq parties. Les modes de formation de la matière organique chez les êtres vivants, voilà le point de départ; les lois de la vie auxquelles est soumis l'organisme

(1) P. 3.

dans son ensemble, font la matière du dernier chapitre, synthèse admirable de l'œuvre.

La note que nous avons publiée récemment dans la *Gazette* sur la goutte saturnine (1) nous permet d'insister sur la formation de l'acide urique. M. le prof. Gautier (2) en place le centre de production dans le foie. Il fait de l'acide urique un groupement d'atomes de carbone provenant de la combustion incomplète de la glycérine, de la glycose ou de l'acide lactique, groupement qui vient s'unir à deux molécules d'urée. L'auteur ne pense pas qu'on puisse faire dériver l'acide urique de l'oxydation de la xanthine.

Le beau livre de M. Gautier demande à être médité par tous les médecins. Il leur inspirera foi dans leur art; car admettre qu'on influe sur l'organisme en modifiant la nature des matériaux chimiques qui le composent (3), c'est ériger en loi la possibilité de corriger les mutations nutritives déviées de par la maladie. C'est dire que la thérapeutique rationnelle n'est pas un rêve; et nous sommes trop l'élève de M. A. Robin pour en avoir jamais douté.

FIESSINGER.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du rhume de cerveau, par L. BROWNE. (*Brit. and Col. Drug.*, n° I, 1892.)

Essence d'eucalyptus......... 5 gr.
Vaseline.................... 40 gr.

Pour badigeonner l'intérieur du nez avec un pinceau.

Traitement de l'éclampsie, par LÉOPOLD ROHEIM. (*Lancet*, 2 janvier 1892.)

L'auteur a tiré de bons résultats de la compression des carotides internes dans les cas d'éclampsie.

Traitement de la diphtérie, par J. LEWIS-SMITH. (*Atlanta med. and Surg. Journ.*)

Acide phénique.........
Essence d'eucalyptus....
Essence de térébenthine.
} āā 30 grammes.

30 grammes de mélange dans un vase plein d'eau placé sur un poêle, afin d'assainir la chambre par l'évaporation de ces diverses substances.

Influenza

M. JAMES PARKER se sert de pilules de *quinine, de fer* et de *valériante de zinc* contre la prostration que l'on observe parfois dans le cours de la grippe. (*Lancet*, 20 février 1892.)

M. MOWBRAY TALLOR a ordonné avec succès le *picrate d'ammonium*, à la dose de 25 à 50 centigrammes de la solution saturée de ce sel, toutes les quatre heures. Il y ajoute de la *morphine*, à doses appropriées au cas, et un peu d'*eau chloroformée*.

R. F. M.

BULLETIN

Académie de médecine : Suite de la discussion sur la pathogénie de la fièvre puerpérale. — Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. — Papillomes récidivés du larynx; trachéotomie et thyrotomie. — Instabilité de l'iodure de strontium. — La symphyséotomie.

Sénat : Discussion du projet de loi sur la constitution des Universités en France. — Commencement de la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine.

L'Académie des sciences, qui a perdu un de ses membres associés libres les plus estimés, M. Léon Lalanne, n'a pas tenu séance lundi dernier, en signe de deuil.

— L'Académie de médecine a repris la discussion sur la pathogénie de la fièvre puerpérale. M. Alphonse Guérin a de nouveau rompu une lance en faveur de la pénétration exclusive par la voie génitale du principe infectieux. Mais, tout en voulant innocenter la voie pulmonaire, il a donné à ceux qui incriminent exceptionnellement cette voie, des armes contre son opinion, en affirmant, d'après ses propres recherches, que rien n'est plus rare que des poumons sains. Si, en effet, les lésions pulmonaires sont si fréquentes, pourquoi ne serviraient-elles pas de porte d'entrée à l'infection ?

L'argumentation de M. Guérin a porté à côté de la question soulevée par M. Guéniot : la septicémie spéciale qui se produit sous l'influence du méphitisme, et qui a pour agent le vibrime septique, n'a rien à voir avec l'infection purulente. Personne d'ailleurs, pas plus M. Guéniot que M. Hervieux, ne conteste que la voie génitale est la porte d'entrée habituelle de l'infection puerpérale. Personne donc ne songea se priver des avantages si précieux de l'antisepsie locale. Mais ce que la communication de M. Guéniot a mis en relief, c'est qu'il ne suffit pas d'assurer cette antisepsie, il faut encore se préoccuper de la pureté de l'atmosphère dans laquelle vivent les femmes enceintes et les nouvelles accouchées.

— M. Périer, en son nom et au nom de M. Constantin Paul, a communiqué l'observation, extrêmement intéressante, d'un homme, âgé de 58 ans, atteint d'un foyer gangreneux intra-pulmonaire, qui a guéri rapidement à la suite de la pneumotomie.

M. Constantin Paul, qui avait donné les premiers soins au malade, avait eu recours en vain à l'antisepsie par les voies naturelles et, comme l'état général s'aggravait, il jugea opportun d'intervenir chirurgicalement. M. Périer appelé par son confrère, partagea cet avis et pratiqua l'opération. Il fit une longue incision transversale sur la partie antérieure de la poitrine, dans le deuxième espace intercostal, au niveau d'un point que l'auscultation indiqua comme le plus voisin du foyer. Le poumon mis à nu fut saisi, avec la plèvre, par des pinces de Museux, puis incisé. Il fallut traverser environ 2 centimètres de parenchyme pulmonaire avant de pénétrer dans le foyer. Celui-ci fut nettoyé, lavé au naphtol camphré et drainé au moyen de deux tubes fixés à la peau. L'opération fut pratiquée le 25 décembre 1891 ; les suites en furent excellentes ; le 9 février la guérison était complète. Le malade, présenté à l'Académie, paraît actuellement jouir d'une parfaite santé.

A propos de ce cas, M. Lancereaux rappelle les excellents résultats que lui a donnés l'hyposulfite de soude, dans la gangrène pulmonaire, à la dose de 4 à 5 grammes par jour.

M. Périer a présenté en même temps un enfant chez lequel, pour un papillome récidivé du larynx, il a dû, après la trachéotomie, pratiquer deux fois la thyrotomie. A la suite de la seconde de ces opérations, on a fait le curettage du larynx et, au moyen d'un stylet recourbé, introduit par la trachée et retiré par la

(1) N° du 23 janvier 1892.
(2) P. 769.
(3) P. 5.

bouche, on a fait, à plusieurs reprises, passer dans le larynx des mèches d'onate imbibée de salol camphré. La guérison a en lieu cette fois sans récidive et la voix est revenue.

— M. Laborde qui, dans la séance antérieure, avait signalé l'instabilité de l'iodure de strontium, a montré divers échantillons de ce sel plus on moins altérés sous l'influence de la lumière. Le mode de préparation exerce une action manifeste sur le dégré d'altération et il est tel produit du commerce qu'on ne saurait employer.

— La symphyséotomie, pratiquée pour la première fois en France par Sigault, a été à peu près abandonnée pendant qu'en Italie elle jouit d'une grande faveur, surtout à Naples, où Morisani et ses élèves la pratiquent journellement. D'après une récente statitisque de Spinelli, sur 24 opérations, toutes les mères et tous les enfants, sauf un seul qui a succombé douze heures après la naissance, ont eu la vie sauve.

M. Charpentier, en rapportant ces résultats, fait un historique complet de la symphyséotomie et conclut que cette opération a son champ fixe limité et ses indications très nettes entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne.

— La discussion générale du projet de loi sur la constitution des Universités en France, dont nous avons reproduit le texte dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette médicale*, a occupé plusieurs séances du Sénat. Combattu par quelques membres de la haute assemblée qui, pour la plupart, se sont inspirés d'intérêts locaux, il a été très chaudement très heureusement défendu par le ministre de l'Instruction publique et l'honorable rapporteur de la Commission sénatoriale M. Bardoux.

Nous avons assisté, en 1870, tout à fait au début du mouvement de décentrilisation qui vient d'aboutir au projet de loi dont il s'agit. Un véritable cri d'alarme sur les effets désastreux du système de centralisation qui régnait alors, fut poussé entre autres par M. Schützenberger, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. On n'a pas idée de la rigueur avec laquelle la tutelle administrative s'exerçait sur les Facultés étouffant dans son germe tout esprit d'initiative. Que se passait-il dans les séances où les Facultés étaient appelés à délibérer par leurs doyens respectifs? « Comme le budget de la Faculté est généralement insuffisant, répond M. Schützenberger, on émet des vœux, on signale des besoins, on formule des plaintes. Alors le doyen déplore son impuissance, il promet des démarches et, dans une séance subséquente, il rend compte de l'inutilité de ses sollicitations » (1).

Il n'était pas encore question d'organiser des laboratoires, comme il s'en est créé partout depuis, mais on se préoccupait de réunir avec raison dans les bibliothèques le plus de livres utiles possibles. Or, que de difficultés ne rencontrait-on pas! « Pour l'acquisition d'un livre nécessaire à des recherches, dit encore M. Schützenberger, il faut l'inscrire au bureau de la Faculte. Au bout d'un mois, cette liste passe du bureau de la Faculté chez M. le recteur. Le recteur l'expédie à Paris, où la question est examinée. Si les bureaux du ministère qui constatent les besoins et les demandes de la Faculté veulent bien, dans leur profonde incompétence, reconnaître qu'il peut être convenable d'autoriser l'acquisition sollicitée, la permission de la faire est expédiée au recteur qui la transmet au doyen. Une pauvre affaire de ce genre, promenée ainsi de Strasbourg à Paris et de Paris à Strasbourg par une filiaire de bureaux, de lettres, de rapports, demande bien trois mois pour arriver à un *oui* ou à un *non*. »

Certes nous sommes loin de ces abus de la centralisation à outrance et, depuis surtout les décrets du 25 juillet et du 24 décembre 1885, on a fait un grand pas vers l'émancipation de l'enseignement supérieur en province. Le projet de loi débattu devant le Sénat a surtout pour objet de consacrer définitivement la disposition de ces décrets. Le conflit des intérêts locaux dont nous parlions en commençant a eu pour résultat le renvoi à la commission d'un contre-projet qui aboutit au maintien du *statu quo*. Il est sans doute difficile de préjuger le vote de la haute assemblée, mais il est permis de dire que, si le projet est ajourné, cet ajournement ne saurait être d'une longue durée. Il est des courants qu'on ne remonte pas. Celui qui porte à la décentralisation scientifique nous semble être de ceux-là. Dès 1870, nous prévoyions les transformations qu'il amènerait, quand nous écrivions à cette place même : « Il est de grandes villes comme Lyon, Marseille, Bordeaux, etc., qui ne demanderont pas mieux sans doute que de consacrer une partie de leur budget communal à transformer en Facultés leurs Ecoles secondaires de médecine, et à favoriser l'essor de ces Facultés en les reliant plus étroitement à des Facultés de droit, des sciences, des lettres, de philosophie, en un mot en créant un grand centre d'enseignement supérieur, c'est-à-dire une Université. Ce sera là certainement l'un des résultats qu'amènera tôt au tard le mouvement de décentralisation à la naissance duquel nous assistons en ce moment » (1).

A la faveur des décrets de 1885, nos prévisions se sont à peu près réalisées. On peut dire que l'Université de Lyon, en attendant la sanction légale, est en plein fonctionnement. La Ville de Bordeaux n'a pas attendu le vote du projet de loi dont le Sénat est saisi pour demander à être le siège d'une Université et charger le maire, de faire à cet effet les démarches nécessaires auprès du gouvernement. Si donc les Universités existent de fait, pourquoi tarderait-on à leur donner la consécration légale? Espère-t-on, par le maintien du *statu quo* concilier les intérêts des Facultés isolées et ceux des grands centres d'enseignement supérieur? Ce qui en résultera de plus clair, c'est que l'enseignement lui-même pourra en souffrir. Aussi, en ne s'inspirant que de l'intérêt général, doit-on faire des vœux pour un vote prochain du projet de loi.

— Hier jeudi le Sénat a commencé la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine. M. Cornil a d'abord résumé l'économie générale de son rapport et fait ressortir les principales modifications apportées au texte voté par la Chambre des députés.

M. Lesouëf a combattu deux points du rapport : d'abord la suppression de l'officiat, ensuite l'interdiction à ceux qui possèdent les deux diplômes de médecin et de pharmacien, d'exercer concurremment les deux professions.

Sur le premier point, qui est évidemment l'un des plus importants du projet de loi, M. Brouardel, commissaire du Gouvernement, et M. Cornil ont répondu en faisant valoir tous les arguments, connus de nos lecteurs, qui plaident pour la

(1) *De la réforme de l'enseignement supérieur et des libertés universitaires*, par Charles Schützenberger.

(1) *Des réformes à introduire dans l'organisation de l'enseignement médicale*, par le Dr F. de Ranse, Paris, 1870.

suppression de l'officiat. Relativement au second point, la discussion reprendra sans doute quand on en sera à la disposition du projet de loi qui le concerne.

La discussion générale a été ainsi rapidement close et on est passé à l'examen des articles.

Sur l'article premier il y a eu deux amendements, l'un de M. Combes, demandant que, dans le premier paragraphe, on substitue le mot *médecin* à celui de *docteur en médecine*; l'autre de M. Lesouëf, proposant de joindre à ce dernier celui d'*officier de santé*.

M. Combes, pour défendre son amendement, a fait observer que le titre de docteur en médecine n'a pas la valeur scientifique du doctorat ès sciences, du doctorat ès lettres, ou même du doctorat en droit, et il voudrait en relever le prestige en le réservant pour ceux qui, après des études approfondies, produiraient un travail vraiment original. Le nom de médecin comprendrait dès lors tous ceux qui, au point de vue professionnel, auraient subi les examens probatoires.

M. Cornil, d'accord sur ce point avec M. Combes, ne s'oppose pas à la création d'un titre scientifique supérieur à celui de docteur en médecine, tel que celui de docteur ès sciences médicales ou ès-sciences biologiques qui a déjà été proposé, mais il verrait un grand inconvénient à supprimer dans le projet de loi le mot docteur qui, dans la vie courante, est synonyme de médecin.

M. Brouardel appuie cet argument en rappelant la considération que, à l'étranger, particulièrement en Orient, le titre de docteur attire à nos confrères. Il fait remarquer d'ailleurs, que la création d'un doctorat médical scientifique, dont il accepte le principe, est avant tout une question d'enseignement et ne saurait trouver place dans un projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Après cet échange d'observations, et sur la promesse du ministre de l'Instruction publique de consulter de nouveau les Facultés et les Ecoles sur l'opportunité de créer un doctorat ès-sciences médicales, M. Combes retire son amendement.

Celui de M. Lesouëf, discuté par avance et bien que fortement appuyé par M. Blanc, est rejeté. L'article premier du projet est voté à une grande majorité.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Troubles à la Faculté de médecine de Lyon. — Des troubles assez graves pour nécessiter la suspension des cours et des cliniques viennent d'avoir lieu à la Faculté de Lyon. Ils ont débuté par des manifestations tumultueuses au cours de M. Morat accusé de favoriser dans les examens les élèves de l'École militaire. Ils ont continué à la sortie de la clinique de M. Poncet, par une accentuation plus grande du conflit entre les élèves civils et les élèves militaires. Le Conseil de la Faculté s'est décidé à fermer la Faculté. M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé, s'est rendu à Lyon pour faire une enquête en ce qui concerne les élèves de l'Ecole de santé militaire, et a tenu une conférence avec les membres du Conseil d'administration de la Faculté. D'un autre côté, le ministre de l'Instruction publique a délégué M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, pour aller étudier sur place la situation. En attendant les décisions de la Faculté et de l'Administration, relativement aux responsabilités encourues et à la réouverture des cours, les étudiants ont tenu une réunion dans laquelle les résolutions suivantes ont été votées :

1° Les étudiants en médecine n'hésitent pas à désapprouver et à blâmer les paroles injurieuses adressées à la personne de M. Morat ou à sa famille, mais ils maintiennent énergiquement leurs observations primitives et regrettent la partialité du professeur de physiologie à l'égard des étudiants civils. Ils espèrent que cette partialité cessera à l'avenir.

2° Ils comptent que les mesures établissant l'égalité complète, au point de vue des avantages entre civils et militaires seront rapidement appliquées.

3° Pour éviter des scandales et des conflits graves, ils comptent qu'une répression sévère empêchera le retour des agressions dont les étudiants civils ont été victimes de la part des militaires dans les hôpitaux, et ils insistent pour que des excuses publiques soient faites.

4° Ils maintiennent énergiquement le vœu qu'il n'y ait aucune poursuite, aucune peine disciplinaire appliquée aux étudiants civils relativement aux faits des lundi 7 et mercredi 9 mars.

5° Si une satisfaction complète leur est accordée, les étudiants s'engagent à reprendre dans le plus grand calme la scolarité.

Avant de se séparer, les étudiants ont décidé de ne pas rentrer à la Faculté, alors même que les cours seraient rouverts, tant que satisfaction ne leur aura pas été accordée sur tous les points sur lesquels ils ont formulé des réclamations.

Espérons que ce regrettable orage ne tardera pas à se calmer.

La statue de Théophraste Renaudot. — Renaudot, le fondateur de la *Gazette de France*, c'est-à-dire du journalisme, des consultations gratuites, de l'Assistance publique à domicile, du Mont-de-Piété, etc., aura sa statue, non à Loudun, sa ville natale, ainsi qu'on l'avait d'abord pensé, mais à Paris même, où il exerça la médecine en 1612, tout en remplissant les fonctions de commissaire général des pauvres du royaume que lui avait octroyées le cardinal de Richelieu. Le Comité qui s'est organisé pour l'érection de ce monument se compose de : MM. Jules Claretie, président. Presse parisienne : MM. Hébrard, Mézières, Ranc, Hervé (*Soleil*), Janicot (*Gaz. de France*), Magnard (*Figaro*), Magnier, (*Evénement*), Reinach (*Répub. Française*), Vacquerie (*Rappel*). Presse départementale : MM. Brière et G. Simon. M. Lockroy, député de Paris. M. Poirier, sénateur de la Seine. M. Levraud, ancien président du conseil municipal ; M. Humbert, membre du conseil municipal ; M. Lamouroux, membre du conseil municipal ; M. Lucipa, membre du conseil municipal, MM. les professeurs Brouardel, Charcot, Cornil, Laboulbène ; M. Mairet, doyen de la Faculté de Montpellier. M. Risler membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Duval, directeur des Monts de Piété. M. Strauss, vice-président. M. Thomas, président du conseil d'administration des petites affiches. M. Gilles de la Tourette, secrétaire général ; M. Baudoin (Marcel), secrétaire adjoint.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. — M. le professeur Grancher reprendra le cours de clinique des maladies infantiles le

samedi 19 mars 1892, à 4 heures de l'après-midi (Hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. Dejerine, agrégé de la Faculté, médecin de Bicêtre : conférences sur les maladies du système nerveux, les jendis, à 10 h. 1/2; première conférence, le jeudi 17 mars.

M. le Dr Hermet : maladies des oreilles, les jeudis, à 9 h. 3/4.

M. le Dr Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures.

M. le Dr Cuveilhier : maladies du nez et du larynx, les samedis, à 10 heures.

Concours d'agrégation de médecine. — Le concours d'agrégation de médecine s'est terminé samedi dernier. Sont nommés agrégés :

Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan, Menetrier.
Bordeaux : MM. Cassaët, Auché.
Lille : M. Surmont.
Lyon : MM. Courmont, Devic.
Montpellier : MM. Ducamp, Rauzier.
Nancy : M. Haushalter.
Toulouse : M. Rémond.

— Le 27 mars aura lieu, dans la salle des Actes de la Faculté de médecine de Paris, l'inauguration du buste du regretté professeur Damaschino.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Sempé est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions d'aide de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Guillemin, chef des travaux pratiques de physiologie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de la présente année.

École de médecine de Caen. — M. le Dr Vigot est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Clermont. — M. le Dr Fouriaux est nommé chef de clinique obstétricale (emploi nouveau).

Congrès international d'anthropologie criminelle en 1892. — La troisième session du Congrès international d'anthropologie criminelle aura lieu à Bruxelles, du 28 août au 3 septembre 1892.

— La réunion de l'Association anglaise pour l'avancement des sciences se tiendra cette année à Edimbourg, du 3 au 10 août, sous la présidence de sir Archibald Geikie.

Cours libre. — M. le Dr Bérillon, licencié en droit, directeur de la Revue de l'hypnotisme, commencera le samedi 19 mars, à 5 heures, à l'Ecole Pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilher, un cours libre sur les *applications cliniques médico-légales de l'hypnotisme.* Il le continuera, les mardis et samedis à 5 heures.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Vacances de Pâques.* — Billets d'aller et retour à prix réduits.

A l'occasion des vacances de Pâques, les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés du 12 au 25 avril 1892 avec application des nouveaux tarifs qui sont mis en vigueur à partir du 1er avril, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 27 avril.

Les billets d'aller et retour délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Chemin de fer d'Orléans. — *Semaine sainte à Séville.* (Foire de Séville.) — A l'occasion des cérémonies de la Semaine sainte, du 10 au 16 avril, et de la foire et des fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du Midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera, du 17 mars au 16 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville, au prix réduit et uniforme de 250 francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe « Sud-Express » jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 12 MARS 1892

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 36. — Grippe, 2. — Phtisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 46. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 61. — Paralysie, 13. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë et chronique, 99. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 122. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 60. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 194. — Causes inconnues, 5. — Total 1168.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie, par le professeur Grosset. (Leçons recueillies et publiées par le Dr S. Jeannel, chef de clinique.)

L'otite grippale observée à Paris en 1891, par le Dr Lœwenberg. Extrait des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.*)

Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des attaques épileptiformes dues à la présence du ténia; pseudo-épilepsie vermineuse, par le Dr Martha. (Extrait des *Archives générales de médecine.*)

Walter Scott, 24, Warwick lane, paternoster, in London.

Bacteria and their products by German sims Woodhead. — M. D. avec 20 photo-micrographes. 1 volume in-18 cartonné.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

— Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 13 — 26 mars 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles Amat,
Médecin-major de 2e classe.

(Suite) (1).

Lésions produites par les projectiles de petit calibre. — Un projectile de petit calibre peut produire sur les tissus les effets les plus variés : des contusions directes, s'il a perdu la presque totalité de sa force vive étant à la fin de sa course, ou ayant eu sa vitesse retardée par quelque obstacle extérieur ; indirectes, si, animé d'une très forte vitesse, il a agi par sa pression antéro-latérale par son « vent » passant à peu de distance des tissus, comme cela a été le cas chez le sapeur dont nous avons rapporté succinctement l'observation ; des érosions, quand, animé d'une vitesse variable, il atteint la peau sous une incidence très oblique ; des sillons, lorsque le revêtement cutané est intéressé dans toute son épaisseur au lieu de l'être seulement à la surface, avec bords d'autant plus écartés que la peau est plus mobile et plus rétractile ; des plaies en cul-de-sac, résultant d'une vitesse relativement faible, aussi exceptionnellement observées avec nos armes de guerre actuelles qu'elles sont fréquentes avec les revolvers de commerce ; des sétons droits ou contournés, lésions de toutes les plus fréquentes, présentant un orifice d'entrée, un trajet et un orifice de sortie.

D'une façon générale (1), à part quelques différences minimes et d'ordre secondaire, les projectiles de 8 m/m, produisent des effets semblables à ceux qu'on observe avec les projectiles de 11 m/m. Les orifices d'entrée sont constitués par une perforation nette, circulaire, de 4 à 6 m/m. dans le premier cas et de 6 à 10 dans le second, lorsque la balle a frappé en plein les tissus. Le diamètre de l'orifice diminue quand la vitesse s'abaisse au point de n'avoir plus à la portée de 1.600 mètres que la faible étendue du méplat de la balle, il augmente au contraire quand la vitesse s'élève. Plus la vitesse est grande, plus la balle fait emporte-pièces,

(1) Voir le numéro 11.

(1) Chauvel. Expériences sur les projectiles de guerre. (Soc. de chir., 9 février 1887.) — Delorme. Note sur les lésions produites par la balle du fusil Lebel. (Gazette des hôpitaux, p. 287, 1888.) — Chauvel, Nimier, Breton, Pesme. Recherches expérimentales sur les effets des armes nouvelles et des balles de petit calibre à enveloppe résistante. (*Archiv. générales de médecine*, octobre 1888.)

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. — Ἡ ὑστερεκτομία παρὰ τοῖς ἀρχαίοις ; par A. Anagnostakis. — II. Ἀπολυμαντικὰ καὶ ἀποσηπτικὰ παρ' ἀρχαίοις μέσα ; par S. Manginas. — III. Ἀρεταῖος ὁ καππάδοξ ; par le même. — IV. Ἀνατομία, νοσολογία καὶ θεραπεία τῶν γυναικείων γεννητικῶν ὀργάνων ἀπὸ τῶν χρόνων Ἱπποκράτους μέχρι Γαληνοῦ κ.τ.λ ; par A. Christidès. — V. Δοκίμιον μαιευτικῆς τῶν ἀρχαίων ἑλλήνων ἰατρῶν ; par V. Kindynis. — VI. Περὶ κινήσεως ὀφθαλμικῆς, ἤτοι περὶ θεραπείας τῶν ὀφθαλμικῶν παθῶν τῇ κινήσει ; par G. Costomiris. — VII. Περὶ τῆς παρ' Ἱπποκράτει ἐπιδημικῆς γρίππης (influenza) ; par Phocas. — VIII [Sur l'histoire de la médecine depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate]. Sans titre, ni dote, ni nom d'auteur. — (Γαληνός, 1890, 1891, t. XX et XXI, in-8°, Athènes.)

En compulsant les périodiques étrangers des deux dernières années, pour y glaner quelques notes concernant l'histoire de la médecine, je rencontre un contingent de matériaux assez notable, fourni par le Γαληνός d'Athènes, journal dirigé par un médecin distingué, M. J. Bambas, l'hygiéniste bien connu, agrégé de l'Université. Les articles ci-après, que je viens de parcourir, méritent assurément de prendre place dans ce compte rendu.

I. — Notre savant confrère, le professeur André Anagnostakis qui, déjà dans un mémoire dont nous avons parlé antérieurement (1) nous avait fait connaître que l'antisepsie était bien connue des anciens Grecs, a communiqué à la Société de l'archéologie des sciences à Athènes, une note dans laquelle il démontre avec preuves à l'appui que l'hystérectomie était également connue des médecins de l'ancienne Grèce (2). Il cite Soranus (édition d'Ermerins, p. 302) qui témoigne que l'on

(1) *Gazette médicale*, 1890.
(2) Γαληνός, 1890, t. XX, p. 221).

ainsi qu'on peut journellement l'observer du reste sur les cibles de nos champs de tir. Au-delà de 1.200 à 1.500 mètres, le papier est simplement crevé; en deçà, il se produit une perte de substance qui va jusqu'à avoir, aux petites distances, un diamètre égal et même un peu supérieur à celui de la balle.

Le trajet du projectile de 8 m/m., à manteau d'acier nickelé, est cylindrique, lisse, de même calibre que la balle qui souvent ne subit aucune déformation ; quant au trajet du projectile de plomb mou, il est conique, en rapport avec la déformation de la balle.

La pression développée par les projectiles de petit calibre est, d'après Bruns (1), à 800 mètres de distance, de 0,7 atmosphères ; à 400, de 3,7 ; à 100, de 7,4 ; à 25 de 8,8. Avec des projectiles de plomb de 11 m/m, elle est à 900 mètres de distance de 0,7 atmosphère ; à 800 de 1,7 ; à 400 de 5,5 ; à 100 de 8,6 ; à 25 de 15,0 et plus. La force d'éclatement ou l'effet explosif, dépend ici et de la vitesse restante et du champignonnage du projectile. Avec la disparition généralement observée de la déformation, il en résulte que le projectile de 8 m/m. cause, à toute distance, des effets d'explosion de deux à trois fois plus faibles qu'avec les anciennes balles.

On peut dire, d'une façon générale, que les balles animées d'une grande vitesse, d'une force de propulsion considérable, produisent de prés des blessures trés graves ; cette action, dite explosive, augmente avec le volume, le poids, la force vive du projectile ; les déformations aggravent les désordres en augmentant la surface agissante ; cette propriété, commune aux armes modernes, s'exerce jusqu'à une distance qui s'accroît avec la vitesse initiale et dans les conditions actuelles peut atteindre et dépasser 500 mètres.

Les projectiles de 8 m/m., tirés même à 1.800 et 2.000 mètres, ne s'arrêtent jamais dans les tissus frappés, les balles ne sont ni divisées ni aplaties, ni sensiblement déformées. Comparés aux projectiles de plomb essentiellement malléables, les projectiles à enveloppe résistante ont l'avantage de faire dans les parties molles des trajets rectilignes plus étroits, moins contus, de ne pas s'arrêter dans les chairs, de ne jamais entrainer de corps étrangers avec eux.

On peut, jusqu'à un certain point, établir une comparaison entre les plaies produites par une balle de très petit calibre, non déformable, tirée de loin et partant animée d'une trés faible vitesse restante et les plaies produites par instruments piquants et même tranchants. La balle, nous l'avons vu, est susceptible de ne produire dans ces cas, qu'une perte de substance minime sans pression hydrostatique notable. La lésion est ici purement locale et d'un pronostic, quoi qu'on ait pu dire, relativement bénin.

Les orifices de sortie des projectiles présentent moins d'intérêt pour nous, ils sont irréguliers, en fentes, en étoiles, mais d'un diamètre un peu supérieur, rendant toutefois impossible l'exploration digitale.

Vulnérabilité de l'abdomen par projectiles de petit calibre. — La surface de l'abdomen étant sensiblement égale à celle des autres régions du corps, il faut s'attendre à y observer un nombre considérable de traumatismes.

D'après les statistiques recueillies dans les œuvres de Mathew, Chenu, Bertherand, Demme, Monat, Lœffler, Stromeyer, General arzt Beck, Maas, Heer Beck, Fischer et Klebs et ayant rapport aux guerres de Crimée, d'Italie, d'Algérie, de la Nouvelle-Zélande, de Danemark, de Bohême et à la guerre de 1870, Otis (1) a calculé que sur 89.731 plaies par armes à feu soignées dans les hôpitaux, l'abdomen avait été intéressé dans la proportion de 3,8 p. 100. Dans la guerre de la Sécession, cette dernière aurait été de 3,3 p. 100. La statistique de Nimier, relevant 119 traumatismes abdominaux pour 2.045 blessures reçues la porterait à 5,8 p. 100.

Ces chiffres indiquent une vulnérabilité relative. La vulnérabilité réelle est obtenue, en se rappelant en outre que sur 100 morts laissés sur le champ de bataille, 10 ont succombé à des lésions de l'abdomen, et que de tous ceux qui peuvent être relevés, 35 p. 100 environ succombent peu de temps après, avant d'avoir pu être hospitalisés. Nous voilà bien à la proportion de 48 à 51 p. 100 des traumatismes abdominaux à prévoir. Et Bell, cité par Stromeyer (2), dé-

(1) Effets des projectiles des armes nouvelles de petit calibre. Traduction Bovet, Berne, 1890.

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*

---

excisait une partie de l'utérus en cas de prolapsus avec sphacèle, Thémison qui déclare que l'opération n'est pas suivie de mort, Paul d'Egine qui dit de même, que la mort ne suit pas l'enlèvement de la matrice (Edition Briau, p. 354), Celse enfin qui contient les mêmes aveux (V, XXVI, 24). M. Anagnostakis peut sans crainte nous donner un mémoire sur le sujet; les plus récents dictionnaires de médecine ne l'ont guère effleuré.

II. — Dans le même journal (1) nous trouvons une communication faite à la même société, par M. Spyridion Manginas, professeur de chirurgie à l'Université, sur les désinfectants et antiseptiques chez les anciens Grecs. Notre savant confrère démontre que les fumigations de soufre, comme moyen de désinfecter les habitations étaient connues dès la plus haute antiquité et il donne des passages significatifs de l'Odyssée d'Homère (chant. XXII; vers 438, 455, 481, 493). Il ajoute que ce procédé s'est perpétué par tradition et qu'il est encore en usage chez le peuple hellénique. Ajoutons que la désinfection des chambres de malades à la suite de décès par cause de diphthérie et autres affections infectieuses est fort recommandé par les commissions d'hygiène et par nos hygiénistes les plus connus, qui la plupart croient avoir inventé ce moyen... renouvelé comme tant d'autres, de nos ancêtres grecs.

III. — M. Manginas a également publié dans le Γαληνός (1) une importante étude sur Arétée de Cappadoce. Cette étude est courte, nous pensons que l'auteur la continuera. Arétée est une figure intéressante, les incidents de sa vie ne sont pas encore connus; l'on pense qu'il est contemporain de Soranus, mais seulement des dernières années. Il me souvient que Daremberg était fort embarrassé de lui et qu'il le rangeait parmi les éclectiques. Quoi qu'il en soit, M. Manginas donne une analyse de ses œuvres; il y affirme qu'Arétée connaissait bien le tétanos traumatique, la diphthérie, l'ouverture des abcès du

(1) Γαληνός. Ibid 237 à 240.

(1) *Ibid*, 493 à 498.

peint parfaitement cette situation lorsqu'il dit : « Après la bataille, le nombre des blessés à l'abdomen est presque aussi considérable que celui des autres blessés, mais quelques jours après, on n'en trouve plus ou presque plus dans les formations sanitaires. »

Dans les cas de plaies pénétrantes, la vulnérabilité des diverses portions de l'intestin doit, suivant Bardeleben (1) et Donau (2) être établie dans l'ordre ci-après : 1° intestin grêle; 2° côlon transverse; 3° cœcum; 4° côlon ascendant; 5° côlon descendant; 6° duodénum. Cette dernière région serait rarement atteinte. La statistique d'Otis (3) ne renferme que cinq ou six exemples d'une semblable lésion, qui est toujours compliquée de plaies d'autres organes voisins. L'iléon est le plus exposé, vient ensuite le jéjunum.

De la conduite des feux de mousqueterie. — Le règlement sur le tir pour l'infanterie classe, pour la commodité du langage, les distances de la manière suivante : de 0 à 600 mètres, petites distances; de 600 à 1.200, moyenne distance; au-delà de 1.200 mètres, grandes distances.

Tirs de combat individuels : « Les distances auxquelles on a des chances d'atteindre, sans faire une consommation exagérée de munitions, sont limitées comme il suit : 200 m. sur un homme abrité ou couché; 300 mètres sur un homme debout ou à genou; 450 mètres sur un cavalier isolé; 600 m. sur un but constitué par un groupe de 4 hommes et plus. »

Tirs de combat collectifs « Leur emploi est justifié : à 800 mètres sur un but ayant à peu près le front d'une escouade; à 1.000 mètres, sur une ligne ayant un front d'une 1/2 section; à 1.200 mètres sur une ligne ayant un front de section ou sur une section d'artillerie; à 1.500 mètres sur des lignes étendues, des colonnes de peloton, ou de compagnies, sur l'artillerie ou la cavalerie; à 2.000 mètres sur des troupes en colonne de route ou en formation de rassemblement. Ces limites, qui n'ont rien d'absolu, peuvent être dépassées lorsque les circonstances atmosphériques sont favorables et que le réglage du tir est facile; il convient, au contraire, de ne pas les atteindre si le réglage est incertain ou si la troupe adverse est en partie couverte par des obstacles. »

(1) Lehrb der Chir, und. operat., Berlin, 1865.
(2) Ueber die Schusswer. des Darmkan, Leipzig, 1868.
(3) *Loco citato.*

« En principe, disait le règlement allemand de 1888, relativement au fusil mod° 71-84, il y a lieu de s'en tenir aux prescriptions suivantes : on peut (sans qu'il y ait obligation) tirer sur tous les buts en deçà de 400 mètres; seulement sur des buts étendus en hauteur et en largeur de 400 à 800 m.; sauf exception, il est défendu de tirer au-delà de 800 m. »

La connaissance de notions précises sur la vulnérabilité de certaines formations a le double avantage de permettre d'augmenter l'efficacité des feux et de se garantir des effets des feux de l'adversaire. Aussi est-il à présumer que, de part et d'autre, on passera rapidement de formations vulnérables à celles qui le seront le moins, à l'homme isolé. Les premiers atteints aux grandes distances, ne recevront que des projectiles animés d'une faible vitesse, les seconds seront touchés, au contraire, par des balles susceptibles de déterminer des effets explosifs. Nous lisons, en effet dans la « Militar-Zeitung » (1) que tandis qu'autrefois « une mince chaîne de tirailleurs entamait le combat et que de grosses colonnes opéraient par leur choc l'action décisive, la seule forme de combat dorénavant possible sera le combat de tirailleurs et la tactique se réduira à acquérir aussitôt que possible la supériorité du feu. Plus denses que par le passé, les chaînes de tirailleurs arrivées à 600 mètres de l'ennemi ne devraient plus, en effet, compter sur aucun soutien, l'intensité du feu à cette distance ne permettant plus à aucune troupe de traverser la zone battue. La première ligne sera donc quelque peu abandonnée à elle-même et il lui faudra, pour assurer son succès au moment critique de l'assaut, un approvisionnement de cartouches suffisant pour éteindre le feu de l'adversaire. C'est à cette condition seulement que la seconde ligne pourra être portée en avant et appuyer les troupes engagées. »

Ce sont là des indications générales qui sont présentées par les publications allemandes comme commentaires de l'adoption du nouvel armement; elles sont un aperçu des tendances tactiques de nos voisins. Ces tendances sont, d'ailleurs, nettement accentuées dans le règlement sur le

(1) Cité par la *Revue scientifique*, 29 mars 1890.

---

foie par le cautère incandescent, les échinocoques, le chiasma des nerfs provenant de l'encéphale; il lui reconnaît des connaissances anatomiques et anatomo-pathologiques étendues par son temps; il aurait fait des dissections. Il parle entre autres choses, je crois, de la torsion des artères : somme toute bon travail que nous engageons l'auteur à compléter.

IV. — Les mémoires qui vont suivre sont les résultats de deux concours de prix que la Société de médecine d'Athènes est chargée de décerner. L'un de 1.500 francs, fondé en 1860, par un médecin grec, M. Symboulidès, est destiné à récompenser tous les deux ans des travaux sur n'importe quel sujet de la médecine, sujet que la Société désigne quelquefois. La commission d'examen était composée de MM. Apetaïos, Pianopilos etc'est précisément M. Spyridion Manginas qui est le rapporteur du jury, et nous pouvons sans crainte donner ici un extrait de ses appréciations, en nous bornant d'ailleurs aux travaux historiques (1).

(1) Γαληνός. Ibid, p. 782, 797, 813.

Le mémoire de M. Kindynis, professeur agrégé à Athènes, est un *essai de l'art des accouchements* chez les anciens médecins grecs. L'auteur fait connaître quelles étaient la théorie et la pratique des accouchements du temps d'Hippocrate (460 av. J. Ch.) jusqu'à Galien (né à Pergame, 131 Ap. J. Ch.) Il résume les connaissances des médecins de cette période de l'antiquité sur l'anatomie et la physiologie du système génital de la femme, sur l'embryologie, les accouchements, les opérations obstétricales, la lochie (λοχεία), la fièvre puerpérale, etc.

V. — Le travail de M. A. Christidès, de Constantinople, a pour sujet l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique des organes génitaux de la femme depuis Hippocrate jusqu'à Galien. L'auteur débute par une introduction historique sur la médecine en général, puis après avoir décrit l'anatomie et la physiologie, il cherche à bien établir les connaissances gynécologiques des anciens, et leur thérapeutique spéciale. Parmi les opérations en usage, il cite l'hystérectomie qui, nous

tir récemment publié et par les modifications apportées au règlement des manœuvres.

Index bibliographique (*Suite*).

1886. ABBE et BULL. — Deux cas de laparotomie suivie de mort pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. (*Annals of surgery*, décembre, p. 475.)

— BILLROTH. — R. von Hacker. (*Bilroth. Klin.*)

— BULL. — Laparotomie pour plaie pénétrante par coup de feu. (*Med. News* p. C.)

— DENNIS. — *Revue de Hayem*. t. II, p. 291.

— FREYER. — *Deut. Med. Woch.*, 15 juillet.

— GASTON. — *Med. and Surg. rept.*, 12 juin, p. 739.

— GOULEY. — *Revue de Hayem*, p. 292.

— HAMILTON. — Penetrating Wounds of the abdominal cavity. (*Journ. of the Amer med. Assoc.*, Chicago, 23 janvier.)

— BARTMANN. — Contribution à l'étude du traitement des plaies récentes de l'abdomen. (*Rev. de Chir.*, p. 388.)

— HAYES. — Perforating Gunshot. — Wound of abdomen implicating Kidney: Profuse secondary Hœmaturia: Recovery. (*Brit. med. Journ.* Londres, 23 janvier.)

— HEDDENS. — *Trans. med. Assoc. State of Missouri*, mai.

— JERSEY. — *Med. Record*, 16 mai.

— LUTZ. — Laparotomie consécutive à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. (*Weekly med. Rev.* p. 271.)

— MORRIS. — How we treat Wounds to-day. In-8°, 2e éd., New-York.

— MORTON. — *Journ. of Americ. med. Assoc.*

— NANCRÈDE. — *Phil. Acad. Surgery*, août.

— POWERS. — Twenty one cases of « Toy pistol » Wounds with a new method of Treatment. (*Med. Rec.* 21 août.)

— ROCKELL. — *New-York med. Journ.*, 29 mai, p. 621.

— SCHLAG. — Du traitement des plaies pénétrantes par armes à feu de l'abdomen. (Thèse de Greiswald.)

— TILLAUX. — Des contusions de l'abdomen. (*Gaz. des hôp.* p. 1145.)

— TRÉLAT. — Plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de revolver. — Lésion de l'intestin grêle. (*Sem. méd.*, p. 530.

— WHISTON. — Remarks on the General Treatment and Dressing of Wounds. (*Lancet*, 4 septembre.)

(A suivre.)

ORTHOPÉDIE

DU LIT PLÂTRÉ DANS LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT (1)

Par P. RENARD,
Chirurgien du Dispensaire Furtado Heine.

Le lit plâtré, récemment recommandé par A. Lorenz dans le traitement du mal de Pott, permet d'obtenir, par la réclinaison, l'immobilisation et l'extension, la décharge des segments tuberculeux de la colonne vertébrale.

La construction du lit plâtré diffère légèrement, suivant que le mal de Pott siège dans la région dorsale, lombaire, ou dans la région cervicale. Dans le premier cas, la réclinaison seule suffit, dans le second, on doit ajouter au lit plâtré, un appareil permettant de faire l'extension de la tête.

1° *Lit plâtré pour la réclinaison.* — Pour construire le lit plâtré, il faut avoir à sa disposition plusieurs coussins durs de diverses épaisseurs. L'enfant étant mis en décubitus abdominal (fig. 1), on place un de ces coussins sous le front, un second sous la région claviculaire et un dernier sous les cuisses. De cette façon, la partie moyenne du rachis s'affaisse vers le plan sous-jacent et prend une forme

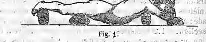


Fig. 1.

lordotique. Au moyen de coussins plus ou moins épais, on peut graduer cette réclinaison.

Lorenz a remplacé, dans ces derniers temps, les coussins par un plan incliné pouvant prendre diverses inclinaisons.

A l'aide de ce plan, on élève le bassin et les membres inférieurs, jusqu'à ce que l'on ait obtenu une réclinaison convenable. Nous décrivons plus loin l'appareil pratique que nous avons adopté pour l'application des lits plâtrés.

Il faut, dans tous les cas, procéder avec lenteur. On at-

(1) Extrait du *Traité pratique de chirurgie orthopédique*, qui paraîtra prochainement chez M. O. Doin.

l'avons vu plus haut ! a déjà été l'occasion de la note de M. Anagnostakis.

VI. — Le troisième mémoire est dû à M. G. Costomiris, agrégé de l'Université d'Athènes: correspondant de notre Académie de médecine. Il est intitulé *De la cinésie oculaire*, c'est-à-dire du traitement des maladies des yeux, par la cinésie. Ce mémoire écrit dans l'ancien idiome grec est, d'après le savant rapporteur, un travail d'une remarquable érudition. Il contient la description des diverses mouvements gymnastiques (actif, passif, mixte, manipulation, massage) applicables à l'œil, depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours. Il résume donc les connaissances anciennes, les connaissances modernes, il donne la bibliographie et des observations personnelles. Mais si j'ai bien compris, la commission du prix Symbolides, pense que le sujet est traité d'une manière trop large, elle engage l'auteur à modifier son travail, quitte à l'intituler: *Du traitement de plusieurs maladies par la cinésie* et de plus des yeux et de l'utilité de la gymnastique.

Enfin, la commission ne paraît pas considérer la cinésie comme un principe thérapeutique. Cependant, à ne considérer que l'analyse du savant rapporteur, le titre περὶ κινήσεως ὀφθαλμικῆς ἤτοι περὶ θεραπείας τῶν ὀφθαλμικῶν παθῶν τῇ κινήσει paraît convenir, il me semble, sauf peut-être à remplacer ἤτοι par καὶ, l'auteur ayant voulu écrire sans aucun doute, une monographie complète de la cinésie oculaire. Quant à la valeur de la cinésie (mouvement gymnastique), s'il est évident que ce mouvement n'est pas toujours employé seul, on peut admettre, à en juger par le texte hippocratique, que le médecin de Cos entendait bien formuler un principe thérapeutique lorsqu'il disait: Ἀνάτριψις δύναται λῦσαι, δῆσαι, σαρκῶσαι, etc. Quoi qu'il en soit, attendons l'impression de l'ouvrage même du Dr Costomiris; l'auteur, n'a pas moins écrit, selon le rapporteur même, une monographie très complète de la cinésie oculaire. Relevons en passant le terme στεφανῖτις ou στεφαναῖον τράχωμα mots nouveaux, je pense. L'auteur entend sans doute désigner par là, une inflammation de la circonférence ou du bord de la cornée,

tend quelques instants en observant comment l'enfant résiste au début par la contraction des muscles du dos, pour rapprocher bientôt, par saccades, le ventre du plan sous-jacent. On peut activer l'affaissement du rachis en pressant très légérement sur le dos de l'enfant. Certains enfants raisonnables indiquent le degré auquel la réclinaison ne produit aucune sensation désagréable.

La réclinaison trop prononcée est douloureuse et doit être évitée.

Les bras de l'enfant sont mis en adduction horizontale et a tête est fixée par les mains d'un aide qui la saisit latéralement.

On recouvre alors la face postérieure du corps d'une couche d'ouate depuis le vertex jusqu'aux plis fessiers, et mieux, jusqu'à la partie postérieure et inférieure de la cuisse. S'il existe déjà une gibbosité assez prononcée, on la recouvre d'une couche d'ouate assez épaisse. Par-dessus cette ouate, on étend du calicot pour l'empêcher de coller au plâtre.

Puis on commence l'application de bandes plâtrées, bien fournies en plâtre et très légérement exprimées, on les conduit d'abord longitudinalement, depuis le vertex, par-dessus le dos et jusqu'aux plis fessiers. On doit placer cinq systèmes de bandes longitudinales, dont trois partent du vertex en rayonnant; la moyenne suit la ligne médiane du rachis, les deux latérales vont en diagonale depuis le vertex jusqu'à la moitié pelvienne correspondante. Deux autres bandes longitudinales servent surtout à renforcer les parois latérales du lit plâtré et vont depuis les plis axillaires sur la face latérale du tronc jusqu'à la limite inférieure du lit. Des aides appliquent exactement ces bandes sur le tronc, les lissent et répartissent le plâtre uniformément.

Quand la couche plâtrée a atteint une certaine épaisseur, on applique des bandes transversales depuis le vertex jusqu'au bassin. Ces bandes doivent couvrir exactement les parois latérales du tronc. Pour renforcer cette carcasse thoracique, on ajoute entre les bandes transversales des copeaux à placage, placés longitudinalement et s'entrecroisant. Afin d'économiser les bandes, on peut recouvrir le lit plâtré d'une couche de coton de bois trempé dans une bouillie plâtrée. Dans un dernier temps, on serre toutes ces couches à l'aide d'une bande de toile, en les appliquant exactement sur le tronc.

Lorsque le lit plâtré s'est durci, on peut l'enlever du dos de l'enfant.

Les pelits malades transpirant souvent pendant l'application de l'appareil, on aura soin de frotter le tronc à l'aide d'une serviette et de bien couvrir l'enfant. On enlève ensuite le rembourrage provisoire de la gouttière plâtrée, dont on lisse la face interne. S'il existe des proéminences, on les aplatit à l'aide du doigt ou à coups de marteau; on agrandit les échancrures axillaires. On coupe les bords, qu'on lisse ensuite entre les doigts et qu'on recouvre enfin d'une bande de toile.

Le lit ainsi confectionné est séché dans un four, puis on l'imprègne d'une solution alcoolique de gomme-laque qui le rend imperméable.

Afin d'éviter les fermentations à odeur pénétrante et les moisissures, il ne faut se servir du lit plâtré que lorsqu'il est absolument sec. Avant d'appliquer la gouttière plâtrée, on la garnit abondamment d'ouate et, chez les jeunes enfants, on place sous la couche la plus superficielle une toile imperméable. Par-dessus le tout, on étend une serviette ou une couche, puis on étend soigneusement le petit malade vêtu d'un maillot ouvert en arrière et on le fixe au lit plâtré à l'aide d'une bande de calicot (fig. 2).



Fig. 184.

On peut, dans quelques cas, principalement pour les adultes, se servir de la gouttière plâtrée comme moule permettant de faire un lit en bois, rembourré en dedans de crin,

---

accompagnée de petites granulations (?); puisque chez les anciens στεφάνη signifiait, il me semble, la circonférence de la cornée.

VII. — Le second concours que nous trouvons analysé dans le même journal (1) a été institué grâce à la libéralité du docteur B.-E. Cotting, de Washington. Le prix, d'une valeur de 600 francs, est destiné à récompenser exclusivement un travail historique concernant l'ancienne médecine grecque. Le jury du concours était composé de M. le professeur Anagnostakis, de M. le Dr Catérinopoulos et du même rapporteur, M. le professeur Manginas. Deux mémoires seulement ont concouru: le premier dû à M. le Dr Phocas a pour titre: de la grippe épidémique chez Hippocrate (influenza); il vient de paraître en brochure (2). L'auteur montre que l'épidémie de Périnthe décrite par Hyppocrate (Livre VI, section VII des épidémies) n'est autre chose que la grippe épidémique des modernes. Il se base sur la ressemblance des symptômes décrits par le grand médecin grec avec ceux constatés de nos jours. Le savant rapporteur, M. Manginas, rappelle qu'un médecin grec, Reinhold avait déjà appelé l'attention sur ce sujet, en 1858, dans un journal d'Athènes. Ἰατρικὴ ἐφημερίς. M. Manginas, pour compléter le travail de M. Phocas, s'est livré de son côté à des recherches analogues, il a comparé, lui aussi, le texte hippocratique avec les observations toutes récentes recueillies à Athènes; à Vienne, en France, et il se range de l'avis de M. Phocas: l'épidémie de Périnthe est identique à la grippe d'aujourd'hui.

VIII. — Le second mémoire traite de l'histoire de l'ancienne médecine grecque depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate. Il serait la première partie d'un ouvrage que l'auteur conduirait jusqu'à la chute de Constantinople. Cette première partie est consacrée aux traces de la médecine dans les temps mythologiques, les ouvrages d'Homère, etc.; mais le sujet a déjà été traité bien des fois, et la Commission ne nous donne pas assez de détails, trouvant le mémoire incomplet, pour pouvoir apprécier s'il renferme des parties neuves.

En terminant, nous ne pouvons que féliciter la Société médicale d'Athènes, et notre confrère M. Bambas des services qu'ils rendent aux études historiques.

Dr A. DUREAU.

(1) Γαληνός, 1891, t. XXI, p. 705, 737, 769.
(2) In-8°, 12 p., Athènes, 1891.

recouvert de peau de chevreuil et fixé à l'aide de billots sur une planche.

2° *Lit plâtré pour extension.* — Si le mal de Pott siège sur les parties supérieures du rachis, Lorenz préfère le lit plâtré permettant de faire l'extension, en agissant sur la tête au moyen d'un jury mast.

La construction de ce lit diffère peu de celle que nous venons de décrire. L'enfant doit cependant être couché d'une autre façon puisqu'il faut obtenir que l'occiput et la surface du dos soient dans un même plan.



Fig. 3.

Dans ce but, on soutient toute la face antérieure du tronc, depuis les clavicules jusqu'aux cuisses, par un matelas ayant une hauteur uniforme de 5 à 6 centim., tandis que sous le front on place un coussin bien moins épais (fig. 3), on construit ensuite la gouttière suivant les règles indiquées. Dans les couches superficielles, on introduit un arc en fer portant un étrier transversal qui correspond à peu près au milieu des os pariétaux, une mentonnière de Glisson vient s'y fixer et produit l'extension de la tête (fig. 4).

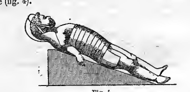


Fig. 4.

L'enfant peut être laissé en place dans son lit plâtré pendant plusieurs jours. Il faut changer, de temps en temps, la couche, vérifier le rembourrage et le lisser. Pour enlever l'enfant de sa gouttière, on le place sur le ventre ou bien on glisse la main sous son siège. On doit examiner attentivement de temps en temps le dos au niveau de la gibbosité afin de s'assurer s'il n'existe pas de places rouges ou enflammées. S'il existe un peu de rougeur, on excave légèrement l'endroit correspondant de la gouttière à l'aide d'un marteau et on le rembourre soigneusement. Pour permettre la défécation, on glisse un vase plat sous le malade légèrement soulevé.

Le lit plâtré ne donne de bons résultats que s'il est construit avec grand soin et suivant les règles précises que nous avons indiquées. Afin d'éviter que l'enfant en remuant les jambes ne déplace l'appareil et n'imprime ainsi des mouvement au rachis, nous faisons descendre la gouttière plâtrée assez bas, jusqu'au niveau de la face postérieure du genou.

La disposition des coussins, qui doit varier suivant les cas, n'est pas toujours facile, précise. L'enfant indocile se déplace en se défendant, les muscles vertébraux entrent en contraction, le rachis ne prend pas une bonne attitude relâchée en réclinaison.

Nous avons adopté, depuis quelque temps, l'appareil de la figure 5, qui met à l'abri de ces inconvénients, en permettant de placer les sujets, en quelques secondes, dans une bonne disposition, sans aucune gêne ni fatigue.

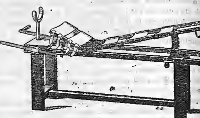


Fig. 5. — Appareil de P. Redard, pour l'application des lits plâtrés.

Cet appareil, construit d'après nos indications par notre ami R. Mathieu, se compose (fig. 5) :

1° D'un châssis en bois sur pieds; de 40 centimètres, de telle sorte que le chirurgien assis peut facilement exécuter les divers temps de l'application du lit plâtré ;

2° De deux montants *postérieurs* ou *pelviens* articulés aux deux tiers inférieurs du châssis, réunis par des sangles à coulisse, pouvant s'élever au moyen de deux crémaillères et destinés à soulever ou à soutenir la partie inférieure du tronc ;

3° De deux autres montants *antérieurs* ou *thoraciques*, avec deux sangles mobiles, pouvant s'élever au moyen de crémaillères et destinés à relever la partie antérieure du thorax ;

4° D'un croissant *frontal* mobile, pouvant s'élever et se fixer à volonté ;

5° De deux *poignées* latérales à coulisse qui doivent recevoir les mains du sujet, les membres supérieurs en adduction horizontale.

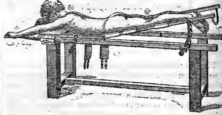


Fig. 6. — Appareil de P. Redard, disposé pour l'application d'un lit plâtré, dans un cas de mal de Pott dorsal.

La disposition de cet appareil permet de placer facilement les sujets dans le décubitus abdominal, le rachis en lordose au niveau des régions lombaire, dorsale, cervicale.

S'agit-il d'un mal de Pott lombaire, les sangles à coulisse des montants pelviens sont placées au niveau du bassin et des membres inférieurs, une ou les deux sangles mobiles tendues à la partie supérieure du thorax, la tête et les mains en bonne position, appuyées sur le croissant frontal et les poignées.

Pour un mal de Pott dorsal, les sangles à coulisse pel-

viennes sont remontées au niveau de l'abdomen, une seule sangle mobile enlevée (fig. 6).

Pour un mal de Pott cervical, le tronc, la partie supérieure du thorax est maintenue en rectitude au moyen des diverses sangles tendues, le croissant frontal relève plus ou moins la tête et place la portion cervicale du rachis dans la position voulue.

Nous avons appliqué, dans ces derniers temps, de nombreux lits plâtrés à nos malades atteints de mal de Pott, principalement à la première période de la maladie.

Les résultats que nous avons obtenus nous engagent à recommander cette méthode.

Les douleurs cessent dès que les enfants sont placés dans leur lit plâtré.

La gibbosité ne s'accroît pas et diminue dans un grand nombre de cas. Nous possédons plusieurs observations de jeunes enfants atteints de mal de Pott au début, avec gibbosité commençante, chez lesquels la saillie vertébrale a disparu, les autres symptômes (douleurs, contractures, etc.), s'atténuant en même temps.

Parmi les avantages du lit plâtré, il faut signaler la facilité avec laquelle le malade peut être transporté, placé dans un air pur, tout en permettant l'immobilité et l'extension des parties malades. Nous avons toujours noté que l'état général des malades immobilisés dans des lits plâtrés, loin de s'aggraver, s'améliorait rapidement d'une façon notable.

La construction du lit plâtré est en outre très facile et n'exige que des matériaux *d'un prix très peu élevé*. C'est un appareil précieux dans la pratique des dispensaires et des hôpitaux d'enfants.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL ANCIEN. TUBERCULOSE PULMONAIRE CONSÉCUTIVE

La coïncidence d'une lésion mitrale avec la phtisie pulmonaire constitue par elle-même un fait digne d'intérêt, et c'est à ce titre que nous avons cru devoir rapporter l'observation que l'on trouvera plus loin. Cette coïncidence soulève d'ailleurs une question d'ordre général, sûrement importante, celle des rapports qui existent entre les cardiopathies mitrales, considérées à un point de vue d'ensemble, et la tuberculose des poumons. On a souvent discuté cette question, que l'on peut envisager sous deux aspects différents, selon que la lésion valvulaire a précédé l'altération pulmonaire, ou qu'elle semble lui avoir été consécutive. La première de ces éventualités paraît être exclusivement applicable à notre fait; quant à la deuxième, elle ne saurait être mise en cause ici, et nous n'avons pas en nous en occuper, malgré son incontestable importance, mise en relief par M. Potain dans une leçon récente, où notre maître exprime l'opinion que le rétrécissement mitral peut, chez certains individus, succéder à l'altération bacillaire des poumons, le mécanisme de cette relation restant d'ailleurs tout entier à déterminer. Notre cas est pour ainsi dire un exemple de la disposition inverse, car on ne saurait émettre de doutes sur la chronologie des accidents notés chez la malade, autrement dit sur la priorité de la lésion mitrale par rapport à l'infection pulmonaire. La lecture attentive de l'observation ne laissera, pensons-nous, aucun doute sur ce point. Or, c'est précisément cette circonstance qui nous paraît donner à l'observation sa valeur particulière.

En effet, on a admis jusqu'à présent qu'il y a une sorte d'antagonisme entre le développement de la phtisie et l'existence d'une affection mitrale, de telle sorte que celle-ci pourrait, dans une certaine mesure, servir de sauvegarde vis-à-vis de celle-là. Telle est encore l'opinion générale, classique, pour ainsi dire officielle, et cette opinion est si bien entrée dans les esprits que, aux yeux de quelques-uns, elle a véritablement force de loi. Pour expliquer cet antagonisme, on a proposé différentes théories dont la plus vraisemblable est celle qui invoque l'état hyperémique et la congestion habituelle que l'obstacle intra-cardiaque entretiendrait du côté du poumon, congestion qui aurait pour résultat de mettre ce dernier organe dans des conditions de vitalité incompatibles avec le développement et la germination des éléments bacillaires. En fait, l'observation clinique semble donner raison à cette théorie. Mais toutefois celle-ci n'a qu'une valeur relative et la loi qu'elle prétend consacrer admet des exceptions. On peut sans hésitation ranger parmi ces dernières l'observation rapportée ci-après, dans laquelle on voit la phtisie apparaître bien des années après la cardiopathie confirmée. La difficulté est peut-être de trouver une explication satisfaisante de cette dérogation à une loi généralement vraie. M. Lépine, de Lyon, qui a rencontré des cas semblables, paraît disposé à mettre en cause l'influence de l'asystolie si fréquente, pour ne pas dire constante, au cours des lésions mitrales, et qui aurait pour effet, d'après lui, de produire la dilatation permanente du cœur droit et des veines afférentes, d'où cessation de l'hyperémie pulmonaire et réapparition consécutive de la vulnérabilité du poumon vis-à-vis du contage tuberculeux. Mais cette hypothèse ne nous semble guère applicable à notre malade, chez laquelle les phénomènes d'asystolie étaient médiocres, à peine ébauchés, et tous cas relégués au second plan par la gravité les lésions pulmonaires. Aussi ferons-nous bon marché de l'interprétation, nous bornant à constater le fait clinique, déjà très important par lui-même. On sera libre après d'en tirer telle déduction que l'on voudra.

La nommée C..., âgée de 30 ans, entre le 18 février dernier à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, n° 33. Elle se plaint de tousser depuis cinq mois, d'une façon continue. De plus, elle éprouve depuis fort longtemps de l'essoufflement, des palpitations, de la dyspnée; sa mère est encore vivante, son père serait mort d'un catarrhe pulmonaire (vraisemblablement d'origine tuberculeuse).

A l'âge de 12 ans, la malade aurait été atteinte de chorée et peu de temps après elle aurait subi une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Elle fut soignée à cette époque par M. Archambault, de l'Enfant Jésus, qui paraît avoir diagnostiqué une endocardite, d'après les renseignements relatifs au traitement et les traces que ce traitement a laissées. C'est à partir de ce moment que les troubles fonctionnels, étouffements, palpitations, firent leur apparition. Ils ont persisté ultérieurement, se manifestant avec une intensité variable suivant les époques. Les médecins auraient, à plusieurs reprises, constaté l'existence d'un souffle cardiaque.

Il y a dix mois, cette femme accoucha d'un enfant qui ne tarda pas à mourir de méningite. C'est alors qu'elle commença à vomir du sang. Depuis elle a eu plusieurs hémoptysies.

Au moment de l'entrée, on constate chez elle une pâleur et un amaigrissement considérables. Il y a de plus perte notable des forces, et depuis quelques semaines, apparition de sueurs nocturnes très marquées. La toux est fréquente, l'expectoration abondante, les crachats sont verdâtres. Le sommeil et l'appétit sont à peu près nuls : la menstruation est supprimée.

La percussion de la poitrine dénote une diminution sensible des vibrations thoraciques au sommet gauche et de la matité sous la clavicule droite. A l'auscultation, râles muqueux et sous-crépitants disséminés dans toute la hauteur des deux poumons, avec prédominance des râles sous-crépitants à la base. Craquements secs en avant, au sommet gauche. Craquements humides à droite.

En arrière, mêmes craquements secs à gauche, tandis qu'à droite la respiration est soufflante, et on perçoit du gargouillement.

Le cœur paraît avoir ses dimensions normales : la pointe bat sous la cinquième côte. La main perçoit à son niveau un frémissement vibratoire assez net. L'auscultation permet de constater au même point un roulement diastolique très apparent, sans dédoublement du deuxième bruit. Pas de trace de souffle systolique; les mouvements respiratoires sont fréquents, de courte durée, la dyspnée est vive ; la fièvre est modérée.

21 février, même état. Le 23, dans l'après-midi, la dyspnée augmente, les extrémités se refroidissent et la malade meurt.

L'autopsie a permis de reconnaître que le poumon droit est adhérent aux côtes dans toute sa hauteur ; le gauche n'adhère qu'au sommet et en arrière. A la coupe, on constate une congestion notable des deux bases

Le lobe supérieur du poumon gauche et la moitié supérieure du lobe inférieur du même côté sont farcis de tubercules miliaires dont quelques-uns commençant à se caséifier. De plus il y a infiltration de tubercules miliaires dans toute la hauteur du poumon droit qui présente au sommet une caverne du volume d'une mandarine, caverne à moitié remplie d'un liquide purulent.

Du côté du cœur, pas de modification extérieure dans le volume ou dans l'aspect. A l'ouverture de l'oreillette gauche, on aperçoit l'orifice mitral sous forme d'un entonnoir elliptique très rétréci, légèrement froncé et notablement induré : c'est à peine si l'extrémité de la pulpe de l'index peut s'y engager. Par le ventricule ouvert avec précaution, la valvule mitrale apparaît plus épaissie, les cordages tendineux qui la maintiennent sont augmentés de volume. Les deux valves s'appliquent bien l'une à l'autre et semblent suffisantes; mais elles sont comme soudées l'une à l'autre au niveau de leurs terminures. Les deux faces sont lisses, mais le bord inférieur notablement épaissi, présente des nodosités cartilagineuses. La circonférence de l'orifice mitral est réduite à 44 millimètres. Il y a donc un rétrécissement orificiel marqué.

Les orifices artériels, gauche et droit, sont normaux. Par contre, l'orifice tricuspide paraît dilaté, il présente 101 millim. de circonférence.

Le foie, les reins, sont légèrement congestionnés, l'estomac et l'intestin paraissent indemnes.

De la lecture de cette observation, et des détails de l'autopsie, on peut conclure que la malade était affectée de deux sortes de lésions fort différentes, toutes deux fort graves, mais à des titres divers : une sténose mitrale ancienne, nettement caractérisée, et une infiltration tuberculeuse récente des poumons avec caséification et ramollissement. La mort doit être imputée tout entière aux progrès de cette dernière; la lésion cardiaque semble n'y avoir pris aucune part et n'avoir joué d'autre rôle que celui de pure coïncidence. Tout porte à croire que la tuberculose a été ici un fait acquis, le produit des causes multiples et variées qui rendent cette maladie si commune dans la classe pauvre : insuffisance d'aération et d'alimentation, excès de travail, surmenage, etc., tous facteurs des misères physiologiques. Peut-être aussi convient-il de laisser une certaine part à l'hérédité, en tant que simple cause prédisposante. Mais ce que nous trouvons surtout à faire remarquer, c'est le fait de la coexistence d'une lésion mitrale confirmée et très ancienne avec le développement ultérieur d'une tuberculisation pulmonaire, en dépit des conditions favorables créées par la cardiopathie vis-à-vis de l'organe respiratoire. Il y a là quelque chose qui va à l'encontre des idées reçues et ce fait à lui tout seul suffirait à prouver que l'on peut être cardiaque mitral et mourir de phtisie. C'est par ce côté particulier de son histoire que notre observation nous a paru comporter un certain intérêt.

P. Muselier.

BULLETIN

Académie de médecine : Emploi de la solanine contre la gastralgie. — Effets physiologiques comparés de divers procédés d'électrisation. — A propos des médicaments toxiques. — Pleurésie purulente interlobaire traitée par l'incision de la paroi thoracique.
Sénat : Première délibération sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

M. Desnos emploie la solanine dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac, chez les malades qui ont de l'intolérance pour la morphine ou chez lesquels, au contraire, on pourrait craindre des tendances à la morphinomanie. De ce nombre sont, par exemple, les hystériques, les hypochondriaques, les alcooliques, les dégénérés, etc. La solanine est sédative de la douleur au même titre que la cocaïne, l'eau chloroformée, les bromures de strontium ou de calcium, M. Desnos la prescrit sous forme de pilules de 5 centigr. une demi-heure avant le repas, ou sous forme de potion quand les douleurs sont très vives. La dose quotidienne maxima est de 15 centigrammes.

— M. d'Arsonval a entretenu l'Académie d'intéressantes expériences sur les effets comparés de divers procédés d'électrisation. Au point de vue des applications pratiques, il conclut que :

1° Le bain statique augmente la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique;

2° Rien d'analogue n'a pu être constaté avec les courants continus;

3° Le maximum dans les échanges gazeux respiratoires est obtenu, sans constraction musculaire et sans phénomène douloureux, avec des courants alternatifs sinusoïdaux à périodes lentes.

Le danger présenté par ces courants est d'autant moins grave que la fréquence des inversions du courant est elle-même plus grande. Ainsi, avec des fréquences d'environ un million par seconde, on peut faire passer dans le corps vivant, sans provoquer aucun danger, des courants qui seraient capables de foudroyer l'individu en expérience à dose cent fois moindre si la fréquence était faible.

— M. Peltier a lu une courte note, dans laquelle il soumet à l'Académie les propositions suivantes, qui semblent mériter examen et qui, de fait, ont été renvoyées à une commission composée de MM. Bergeron, Brouardel et Regnauld.

1° L'Académie de médecine est invitée à faire dresser et à publier tous les ans, sous son contrôle et avec son approbation, un bulletin officiel de tous les médicaments dangereux, avec leurs doses maxima ou toxiques pour les enfants et les adultes;

2° Il sera publié semestriellement ou trimestriellement, si besoin il y a, un supplément de ce bulletin officiel, comprenant la nomenclature des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique pendant le semestre ou le trimestre écoulé.

3° Tout médecin se tenant dans la limite des doses portées au présent bulletin ne pourra, en aucune façon, être poursuivi comme coupable d'empoisonnement;

4° Il ne pourra dépasser ces mêmes doses que sous sa responsabilité personnelle.

— M. Dumontpallier a communiqué une fort intéressante observation de pleurésie purulente interlobaire consécutive à une pneumonie du côté droit, et traitée avec succès par l'incision de la paroi thoracique et de rares lavages de la cavité purulente. Le pansement, en effet, n'a été renouvelé que 8 fois en trente-six jours; chaque jour le drain était diminué de longueur et de volume. A l'examen bactériologique des crachats et du pus, on a trouvé le pneumocoque. le bacterium coli commune et une sarcine blanche, microorganismes dont l'inoculation à des souris a démontré la virulence.

M. Dumontpallier conclut de son observation que, lorsque le pneumocoque de la pleurésie purulente est associé à un autre microbe, l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, et que celle-ci doit consister dans la simple incision de la paroi thoracique, non dans l'opération d'Estlander immédiate.

— Le Sénat a terminé, mardi dernier, la première délibération sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Quelques articles seulement, des plus importants, il est vrai, ont été l'objet d'un débat.

Tout d'abord à l'article premier, M. Combes a proposé un article additionnel assimilant, pour l'admission aux études médicales, le baccalauréat ès lettres philosophie de l'enseignement moderne au baccalauréat classique. La question a été déjà examinée et résolue négativement par la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique. La Commission du Sénat, admettant volontiers le principe, était d'avis d'en ajourner l'application pour laisser à l'enseignement moderne et au baccalauréat qui doit couronner les études de cet ordre, mais n'a pas encore fonctionné, le temps de faire leurs preuves et d'affirmer leur valeur.

Devant le Sénat M. Bardoux a fortement combattu l'amendement de M. Combes, et dans le fond et dans la forme. Dans le fond, en montrant, avec raison, qu'il n'est pas indifférent que le médecin prélude à ses études scientifiques si multiples et si difficiles, par une forte culture intellectuelle et morale; dans la forme, en faisant remarquer que l'amendement de M. Combes soulève une question de scolarité qui est du ressort du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et ne saurait trouver place dans le projet de loi actuel.

Appelé par M. Cornil à faire connaître son avis, M. le ministre de l'Instruction publique commence par donner sont adhésion à l'amendement de M. Combes en l'appuyant sur trois ordres de considérations.

En premier lieu, l'assimilation demandée ouvrira un plus vaste champ au recrutement du corps médical qui sera réduit, dans une certaine mesure, par la suppression de l'officiat et celle, non réalisée encore, mais décidée et prochaine du baccalauréat ès sciences restreint.

En second lieu, les études de l'enseignement moderne permettant d'arriver au baccalauréat qui les termine un an plus tôt que les études classiques, les élèves qui auront passé ce baccalauréat auront une année de plus à consacrer aux études médicales et auront ainsi moins à souffrir des délais très courts accordés aux élèves en médecine pour arriver au doctorat ou à l'internat avant vingt six ans et bénéficier des avantages de l'article 23 de la loi militaire.

Enfin le nouvel enseignement moderne, supérieur à l'ancien enseignement spécial, est d'un ordre assez élevé pour lui permettre d'entrer en ligne avec l'enseignement classique et d'ouvrir la carrière aux études médicales, comme il l'ouvre déjà à celles qui se poursuivent dans les grandes écoles spéciales: St-Cyr, polytechnique, école normale supérieure, etc.

M. le Ministre reconnaît toutefois qu'il est difficile, à propos d'une loi sur l'exercice de la médecine, de voter sur une question d'ordre pédagogique. Il se propose donc d'en saisir le Conseil supérieur de l'Instruction publique devant lequel il soutiendra les idées qu'il vient d'exposer.

M. Berthelot insiste sur les inconvénients, à propos de la loi actuelle, de mettre en discussion une question de scolarité réglée jusqu'à présent par des décrets. Mais il s'attache surtout à faire ressortir combien il serait imprudent, avant que le baccalauréat de l'enseignement moderne ait fonctionné, d'en vouloir établir ou même proposer l'équivalence, pour les études médicales, avec l'ancien baccalauréat.

Sur ces observations M. Combes retire son amendement, qu'il avait d'ailleurs développé avec un talent véritable.

Mais le talent ne suffit pas toujours pour apporter la conviction dans les esprits. Le tableau si optimiste que M. Combes a tracé de l'enseignement moderne, bien qu'il ait reçu l'approbation du ministre de l'instruction publique, répond-il ou répondra-t-il à la réalité des choses? Il nous semble qu'il y a une certaine contradiction entre les différentes considérations qu'ils ont présentées l'un et l'autre à l'appui de leur thèse. Si, en effet, l'enseignement nouveau est accessible à un plus grand nombre d'élèves que l'enseignement classique et si la durée de la scolarité est moindre, est-on autorisé à dire, *a priori*, que le premier garantit une culture intellectuelle aussi élevée que le second? L'expérience seule pourra permettre de répondre; il faut donc, comme le désirent MM. Bardoux et Berthelot, attendre les résultats. Jusque-là nous serions volontiers de l'avis de M. Jules Simon quand il dit, dans son *petit journal*.

« Jeudi, le Sénat a supprimé les officiers de santé, en ne gardant que les docteurs; vendredi, il a été sur le point de décider que désormais tous les docteurs seraient de simples officiers de santé, en les débarrassant de l'ennui d'étudier le latin et le grec.

Il avait été question, l'an dernier, d'un projet qui semblait mieux répondre à tous les intérêts. Les élèves des lycées, après avoir suivi les mêmes cours classiques jusqu'à la rhétorique inclusivement, se seraient divisés et engagés dans trois voies différentes: les uns seraient entrés en philosophie pour

préparer le baccalauréat classique; les autres en mathématiques élémentaires pour le baccalauréat ès sciences, ouvrant accès aux Écoles de l'Etat; d'autres enfin dans une classe spéciale préparant au baccalauréat ès sciences naturelles, porte d'entrée aux études médicales. Il serait à souhaiter que le Conseil supérieur de l'Instruction publique, qui a rejeté ce projet, revînt un jour sur sa décision.

Le second paragraphe de l'article 2, qui interdit aux dentistes de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur, a divisé le rapporteur de la Commission, M. Cornil, et le commissaire du gouvernement, M. Brouardel. Celui-ci, comme il l'avait fait devant la Chambre des députés, a exprimé et défendu l'opinion suivant laquelle le diplôme spécial exigé des dentistes nécessiterait des études assez sérieuses et par suite donnerait des garanties suffisantes pour qu'on leur permette l'usage des anesthésiques. Le Sénat s'est rangé à cet avis et a repoussé le second paragraphe de l'article 2.

L'article 11, interdisant l'exercice simultané de la profession de médecin, de dentiste ou de sage-femme, et de celle de pharmacien ou d'herboriste, a été combattu, comme on devait s'y attendre, par M. Lesouëf. Cette fois, MM. Cornil et Brouardel, interprètes de la plupart des médecins et des pharmaciens, ont été d'accord pour défendre l'œuvre de la Commission, et l'article 11 a été voté à une grande majorité.

L'article 12 qui, d'après les considérations développées ici même dans ce journal, porte à deux ans les délais de prescription pour le recouvrement des honoraires, a soulevé des objections de la part de M. Morellet, qui trouve injuste de modifier l'article 2272 du code civil au bénéfice d'une seule profession. Défendu par MM. Cornil, Bardoux et Brouardel, l'article en question, ainsi que le suivant, est voté par le Sénat.

L'article 14 n'a pas eu le même sort. Il établit, on le sait, pour les médecins, dentistes et sages-femmes, le droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. Il a donné lieu à un long débat; mais un peu mollement défendu par la Commission et combattu par le président du Conseil, il a été repoussé, à une seule voix de majorité, il est vrai, ce qui permet d'espérer qu'il passera à une seconde lecture.

M. Tolain s'est servi, pour combattre l'article en question, d'une arme qui réussit parfois, l'ironie. Contre qui, a-t-il demandé, les médecins veulent-ils se défendre? Contre les malades, répond M. Hervé de Saisy, en provoquant un rire général. Et M. Tolain de reprendre: « Si les malades pouvaient eux aussi, se syndiquer contre les médecins, je comprendrais qu'on accordât à ces dernier le droits de s'associer. »

Le Sénat s'est un peu égayé de la saillie de M. Hervé de Saisy et de la repartie de M. Tolain. La substitution d'un seul mot à un autre, dans le court échange de paroles entre les deux honorables sénateurs en aurait complètement modifié la portée. Remplacez le mot *malades* par le mot *clients*, et les rires n'ont plus leur raison d'être, et l'utilité, l'équité de la disposition débattue ressort pleinement. Oui certes, les clients s'associent, se syndiquent pour obtenir à prix réduits les soins médicaux; pourquoi refuserait-on aux médecins le même droit d'association pour défendre leurs intérêts ainsi menacés?

La raison invoquée par M. le Président du Conseil et tirée de ce fait que les médecins jouissent de certains privilèges qui, dans bien des cas, feraient d'eux des fonctionnaires, supporte mal l'examen. Le médecin chargé d'un service public peut être assimilé à un fonctionnaire dans l'exercice du mandat qui lui est confié et l'on comprend que, à ce titre, il ne puisse entrer dans une association plus ou moins dirigée contre l'administration dont il dépend. Mais, rentré dans le domaine de la clientèle privée, le médecin reprend sa liberté tout entière et, d'autre part, le nombre infiniment restreint des situations quasi-officielles auxquelles M. le Président du Conseil a fait allusion, ne saurait porter la moindre atteinte à l'indépendance de la profession médicale. Si, à l'instar des autres professions libérales, elle a été exclue par la jurisprudence actuelle des bénéfices de la loi de 1884, c'est certainement par une interprétation erronée ou tout au moins restrictive de la pensée du législateur. Toutes les professions, en définitive, ont dans leur sphère respective, des intérêts communs à protéger, à défendre; elles doivent, sous l'égalité de la loi, jouir des mêmes droits.

L'article 25, relatif à l'obligation, pour tout docteur en médecine, de déférer aux réquisitions de la justice, a été combattu par M. Guindez, qui considère cette disposition comme inutile et dangereuse. On se souvient qu'elle a donné lieu à un vif débat devant la Chambre des députés, où la commission et le gouvernement ont réuni tous leurs efforts pour la faire repousser. C'est l'inverse qui vient de se produire au Sénat: la Commission et M. le Président du Conseil se sont entendus pour la faire adopter. Les objections qu'elle a soulevées restent encore debout. La compétence en matière de médecine légale ne s'acquiert que par des études spéciales qui font défaut à la plupart des médecins, et l'on comprend que nombre d'entre eux se récusent pour une expertise à propos de laquelle ils craindraient d'égarer la justice. Les placer ainsi entre ce qui est véritablement un devoir de conscience et les rigueurs de la loi, c'est leur créer une situation difficile, cruelle, dont il n'y a d'ailleurs à retirer aucun avantage, à quelque point de vue que l'on se place. Si la disposition de l'article 25 est plus tard définitivement adoptée, il y aura lieu de hâter l'institution d'un corps spécial de médecins légistes qui, en donnant toute satisfaction aux réquisitions de la justice, épargneront à leurs confrères les difficultés dont il vient d'être question.

Le Sénat a voté les autres articles du projet et décidé qu'il passera à une seconde délibération. Nous aurons sans doute alors, sinon même auparavant, l'occasion de revenir sur ce projet et sur les nouvelles modifications qu'il a subies. Nous avons simplement voulu, dans ce qui précède, donner un rapide aperçu de la première délibération, en présentant, chemin faisant, les réflexions que nous ont suggérées quelques points du débat.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Réouverture de la Faculté de médecine de Lyon. — La reprise des actes, cours et exercices de la Faculté de médecine de Lyon a eu lieu samedi dernier 19 mars, dans le plus grand calme. Le conflit est donc complètement apaisé. Des mesures ont été prises pour que tous les élèves, civils et militaires, fussent soumis en tout et pour tout au même régime, et l'on n'a pas craint dès lors de les mêler, comme précédemment, les uns aux autres.

Procès des médecins de Perpignan contre la Ville et contre l'Etat. — On se rappelle qu'en 1890, une épidémie cholérique ayant éclaté en Espagne, M. Constans, ministre de l'Intérieur, prescrivit que tous les voyageurs venant de ce pays seraient, à leur arrivée sur un point quelconque du territoire français, visités par un médecin qui s'assurerait de leur état de santé. Pour se conformer aux prescriptions de ce décret, le maire de Perpignan chargea un certain nombre de médecins de la ville de procéder à ces visites sanitaires et fixa à 3 francs le prix de la visite à effectuer dans l'intérieur de la cité et à 6 francs le prix de la visite à effectuer dans les quartiers situés hors des remparts. L'épidémie ayant cessé, les docteurs perpignanais présentèrent leur note s'élevant à près de 15.000 francs.

Sur la proposition de M. Rolland, député et conseiller municipal de Perpignan, le Conseil municipal refusa de payer cette somme, prétextant que, les mesures ayant été prescrites par le ministre de l'Intérieur pour sauvegarder la France entière, les dépenses devaient être réglées par l'Etat. M. Constans refusa d'approuver cette manière de voir. Mais, tenant compte de la situation déplorable des finances municipales, il accorda à la ville un secours de 3.000 francs qui fut distribué entre les médecins. Ces derniers ne se contentèrent pas de ce modeste acompte et réclamèrent les 12.000 francs qu'on leur devait encore. Le Conseil municipal, ayant refusé pour les mêmes motifs de payer cette somme, les docteurs perpignanais ont intenté une action à la ville et au préfet représentant de l'Etat, leur réclamant le paiement des 12.000 fr. Les débats de cette affaire ont été fort longs. L'avocat des médecins a fait valoir que les visites avaient été commandées par le maire, en conformité de l'arrêté du ministre de l'Intérieur, et que le prix en avait été fixé après entente préalable. Il a demandé que la ville et l'Etat fussent condamnés à payer.

L'avocat de la ville a plaidé que les visites ayant été prescrites par le gouvernement pour préserver tout le territoire, il n'était pas juste de faire supporter la dépense à Perpignan, parce que cette ville se trouve sur la frontière, et que, dès lors, l'Etat devait payer seul la somme réclamée par les docteurs.

Le préfet a élevé un déclinatoire d'incompétence et réclamé le renvoi de l'affaire devant le Conseil de préfecture.

Le procureur de la république a soutenu le déclinatoire du préfet. Il a dit que l'Etat n'avait rien à payer, puisqu'il n'avait ni commandé les visites, ni désigné les médecins, ni débattu le prix des visites sanitaires. Il demande au tribunal de se déclarer incompétent, le pouvoir judiciaire n'ayant pas à juger les mesures prises par le pouvoir administratif. Il a rappelé la loi votée en 1793 par la Convention, spécifiant que les créances contractées par l'Etat faisant acte de puissance publique doivent être réglées par voie administrative.

Le tribunal, en effet, s'est déclaré incompétent, a débouté les médecins de leur demande et les a condamnés aux dépens. Nos confrères de Perpignan se sont pourvus devant le Conseil de préfecture.

Nous avons vu plus haut que M. Tolain avait demandé contre qui les médecins voulaient se défendre : voilà un exemple où ils ont à se défendre à la fois contre une municipalité et contre l'Etat. Ne pourrait-on pas vraiment, si le maire et le préfet représentaient simplement deux individualités, dire d'eux que, dans cette circonstance, ils semblent s'entendre comme deux larrons.

La proposition de loi sur les Universités. — La Commission sénatoriale a pris connaissance des modifications apportées par MM. Bernard et Théard à leur contre projet sur les Universités. D'après le nouveau texte, toutes les Facultés seront érigées en Universités, les Ecoles préparatoires de médecine, situées dans des villes de second ordre, pourront être rattachées aux Universités de la région.

La Commission a ensuite entendu le ministre de l'instruction publique. M. Bourgeois a annoncé qu'il soumettrait à la Commission un nouveau projet indiquera le nombre des Universités à créer, en spécifiant les conditions dans lesquelles ces créations seront faites : une Université ne pourra être créée que dans une seule et même ville, c'est-à-dire que plusieurs Facultés éparses dans une région ne pourront concourir à la formation d'une Université.

La Commission étudiera les nouvelles propositions du ministre dès qu'elle sera saisie de leur texte officiel.

Le recrutement et les carrières libérales. — Sur la proposition de M. Camille Dreyfus, la Commission de l'armée a décidé d'adresser la lettre suivante au ministre de la guerre :

Monsieur le ministre,

La Commission de l'armée nous a chargés de vous transmettre le désir profond qu'elle éprouve de voir interpréter la loi militaire, en ce qui concerne la corrélation des articles 23 et 59.

L'article 23 a énuméré les conditions auxquelles les jeunes gens peuvent ne faire qu'une année de service, mais l'article 59 établit une distinction. D'après cet article « les jeunes gens admis après concours à l'École normale, à l'École centrale des arts et manufactures, à l'une des écoles spéciales visées à l'article 23 » pourront bénéficier des dispositions dudit article, c'est-à-dire ne faire qu'un an, si en s'engageant, ils en ont fait la demande.

Le ministre de la guerre a interprété les mots « écoles speciales » dans leur sens restrictif. Il en résulte que les jeunes gens ayant obtenu ou poursuivant leurs études en vue d'obtenir le diplôme de licencié ès lettres, de licencié ès sciences, de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, ou le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une faculte de médecine, n'ont pu bénéficier des facilités données par l'article 59.

Ils se trouvent ainsi exposés, s'ils ont fini très jeunes leurs études classiques, à voir leurs études supérieures coupées par le service militaire.

En étendant l'interprétation de l'article 59, on ne donnera pas à ces jeunes gens un privilège nouveau : ils ne feront toujours qu'un an, mais ils feront cette année au mieux des intérêts de leurs études.

La Commission, unanime sur ce point, vous demande d'interpréter cette loi dans un esprit plus large.

Veuillez agréer, etc.

Le secrétaire : CAMILLE DREYFUS. — Le président : MÉZIÈRES.

D'autre part, le comité de l'Association générale des étudiants adresse à tous les députés et sénateurs, une pétition demandant cette même interprétation plus large de l'article 59, que la Commission de l'armée propose au ministre de la guerre.

Les étudiants demandent en outre, dans la seconde partie de leur pétition, la revision de quelques points de détail concernant leurs camarades de la médecine et du droit.

Les premiers désirent que l'on modifie ainsi l'article 22 de la loi militaire : « Seront dispensés des deux dernières années de service les étudiants qui, à l'âge de 26 ans, seront pourvus de toutes leurs inscriptions. » On sait qu'actuellement le diplôme de docteur ou le titre d'interne des hôpitaux donnent seuls droit à bénéficier de la dispense.

En ce qui concerne l'internat, l'Association des étudiants vient de soumettre au doyen de la Faculté et au directeur de l'Assistance publique, la proposition suivante :

« Les étudiants en médecine ne pourront concourir pour l'internat que pendant les six années qui suivront la prise de leur première inscription. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai.

« Comme disposition transitoire, cette mesure ne sera applicable qu'à partir de l'année 1895 ».

A l'appui de cette proposition, les élèves font remarquer que :

1° Cette limite place dans des conditions égales tous les candidats, qu'ils soient soumis à l'obligation du service militaire, ou qu'ils en soient dispensés à titre de réformés ou d'étrangers, et quel que soit leur âge à la prise de leur première inscription ;

2° Elle laisse le temps à la grande majorité des étudiants français : 1° de faire leur première année de service militaire; 2° de prendre part aux six concours auxquels ils auront droit; 3° d'obtenir avant 26 ans leur titre de docteur en cas d'échec à l'internat ;

3° Au contraire de la limite d'âge, elle n'élimine pas fatalement du concours les nombreux candidats qui commencent les études trop tard, soit qu'il s'agisse d'étrangers venus tard en France, ou d'étudiants auxquels leur situation de fortune n'a pas permis des études secondaires rapides, ou enfin de jeunes gens qui se sont livrés avant leurs études médicales à d'autres études supérieures (pharmacie, sciences, droit, lettres).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

3e trimestre de l'année scolaire 1891-92. — *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 30 mars. Il sera clos le jeudi 5 mai, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées de midi à 3 heures :

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Facultés et Ecoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Binaud est nommé, pour deux ans, à dater du 16 mars 1892, chef de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Besançon. — Un congé pour le deuxième semestre de la présente année scolaire est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le docteur Coutenot, professeur de clinique médicale.

M. Rolland, suppléant, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, d'un cours de clinique médicale.

Excursion hydrologique de 1892, faisant suite au cours d'hydrologie de la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, professé par le Dr Garrigou, les lundi 11, mardi 12, mercredi 13 et jeudi 14 avril.

Prix de l'excursion, à partir de Toulouse et retour à Toulouse (chemin de fer, hôtel, voitures) : *environ* 60 fr. premières en chemin de fer, 54 fr. secondes, 46 fr. troisièmes.

PROGRAMME

Lundi 11 *avril.* — Départ de Toulouse à 7 h. 24 du matin. — Arrivée à Ussat à 10 h. 51. — Déjeuner. — Explications sur le gisement des sources et sur leur captage, *unique dans son genre.* Valeur thérapeutique des eaux; leur mode d'emploi. — Visite de la vallée. — Départ pour Ax à 4 h. 5. — Arrivée à 4 h. 40. — Visite des thermes (Couloubret, Modèle, Breilh, Teich, bassin des Ladres, fontaines chaudes, publiques). — Dîner. — Conférence sur Ax.

Mardi 12 *avril.* — Complément à la visite de la veille. — Explications sur le gisement des sources au point de vue géologique. — Visite aux cascades du Castelet, à pied, si l'on a le temps. — Déjeuner. — Départ pour Foix à midi 23. — Arrivée à 1 h. 50. — Visite des eaux ferrugineuses du rocher de Foix et des sources d'alimentation de la ville de Foix en eau potable. — Dîner. — Coucher.

Mercredi 13 *avril.* — Départ de Foix pour la station de Foucirgue, en voiture. — Visite des sources. — Explications géologiques sur le gisement aquifère et sur la valeur et la spécialité thérapeutique des sources. — Déjeuner à Lavelanet. — Visite des fabriques de la localité. — Retour à Foix et départ pour Pamiers. — Dîner, coucher. Le soir conférence sur les eaux potables.

Jeudi 14 *avril.* — Visite des superbes sources d'eaux potables de la vallée de l'Ariège et de celle du Lherz. — Déjeuner à l'abbaye de Boulonne. Retour à Toulouse.

Mercredi 15 *avril.* — Séance générale résumant l'excursion s'il y a lieu.

Dr F. Garrigou,
Chargé du Cour d'hydrologie.

Sont admis à venir à l'excursion MM. les étudiants en médecine et en pharmacie, les docteurs en médecine, officiers de santé, ingénieurs, géologues, qui se seront fait inscrire chez le Dr Garrigou, rue Valade, 38, à Toulouse, avant le 3 avril. — La Compagnie du Midi accorde le 50 pour 0/0 de remise sur le prix du voyage. Les autres Compagnies de chemin de fer sont en voie de l'accorder aussi.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 13 au 19 mars 1892

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 1. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 38. — Grippe, 2. — Phtisie pulmonaire, 220. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë et chronique, 90. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 149. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 47. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 12. — Suicides et autres morts violentes, 35. — Autres causes de mort, 206. — Causes inconnues, . . — Total 1170.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles Amat,
Médecin-major de 2e classe.

(Suite) (1).

DES TRAUMATISMES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE.

L'abdomen peut être blessé dans ses parois ou dans les organes importants qu'il renferme.

Lésions des parois. — Voici un malade accusant une douleur assez vive en un point limité de la région hypogastrique. Il a eu quelques défaillances ou même une syncope. On constate une blancheur plus grande de la peau, un peu plus de dureté, un certain degré d'engourdissement. Nous avons affaire ici à une contusion très superficielle, qui aura pu être occasionnée sans déchirure des vêtements par le vent de la balle, par la pression latérale exercée par un projectile animé d'une grande vitesse. A un degré plus prononcé, la peau pourra faire saillie, former relief par la présence d'une infiltration intra-dermique. La couleur violacée croîtra pendant quarante-huit heures, il y aura douleur vive à la pression. Les suites seront celles des contusions au second degré. Mais la peau peut rester blanche, insensible et tourner au brun foncé : c'est une eschare qui se forme, limitée, arrondie, taillée comme au moule ; restant sèche, elle ne se détachera qu'avec une grande lenteur. La zone ecchymotique est à peu près nulle ici, aussi tout fait-il supposer que les téguments ont été atteints par une balle morte, insuffisante à perforer, mais très suffisante à contusionner à des degrés divers.

(1) Voir les numéros 11 et 13.

Le corps vulnérant peut devenir plus offensif, il peut intéresser directement les parois abdominales et produire une solution de continuité, plaies en gouttières, en cul-de-sac, voire même en séton. Les balles à faible vitesse, telles que celles de revolver, parcourent, dans l'épaisseur des parois abdominales, un trajet si étendu qu'on tendrait à croire au premier abord que le ventre a été traversé de part en part. Dans leur parcours, on peut observer des fractures, soit des côtes, soit du bassin, enfin, les plaies peuvent être compliquées par la présence de quelques corps étranger, du projectile lui-même ou de débris osseux, de fragments d'habillement et de fourniment qu'il a pu entraîner.

Il faut néanmoins ne pas oublier que l'état des parois abdominales ne peut pas toujours servir à déterminer ou à expliquer la nature des lésions produites. Il est des cas de mort survenant immédiatement ou en quelques minutes et consécutives à un léger coup porté sur l'abdomen, que ce coup n'ait pas laissé de traces, qu'il en ait laissé d'insignifiantes ou qu'elles soient par elles-mêmes incapables d'expliquer l'issue fatale. Ces phénomènes, qui étaient autrefois considérés comme la conséquence de l'irritation du plexus solaire, le cerveau abdominal des anciens, est actuellement expliqué par la théorie de l'inhibition, phénomène d'arrêt, pouvant porter sur tous les organes et toutes les fonctions, et notamment sur la respiration et la circulation. Le point de départ des phénomènes d'inhibition serait dû à une excitation périphérique et l'on sait que certaines régions du corps, la région abdominale en particulier, sont douées à cet égard d'une impressionnabilité toute spéciale, puisque l'inhibition peut aller jusqu'à l'arrêt complet et définitif des fonctions indispensables à la vie.

En outre, la contusion, pour si peu accusée qu'elle soit, est encore capable de déterminer des lésions viscérales rapidement mortelles. Chez un militaire frappé d'une balle près de l'ombilic et dont Sédillot (1) rapporte l'observation, la peau était restée intacte, mais une péritonite foudroyante, due à la rupture de l'intestin grêle, enleva le blessé en quelques heures.

Aussi, quoique les contusions de l'abdomen produites par projectiles de petit calibre soient rares, ne faut-il point négliger de se mettre en quête des éléments qui peuvent servir à déterminer si la lésion a porté seulement sur les parois abdominales ou si elle a encore intéressé les viscères contenus dans la cavité péritonéale.

Un élément qui ne trompera pas souvent, c'est le facies du malade : un visage abattu, exprimant une douleur profonde, devra faire penser à l'existence d'une contusion viscérale. Le plus souvent l'état local ne donnera pas beau-

(1) Campagne de Constantine, Paris, 1838.

coup de renseignements sur la nature du viscère atteint. Toutefois, une douleur à la pression localisée au niveau de la rate, au niveau du foie, devra nous faire admettre la contusion de ces organes. Si les reins étaient atteints, outre la douleur au niveau de la région lombaire, il y aurait de l'hématurie. On peut donc, en se basant sur le siège de la douleur, arriver à faire le diagnostic de l'organe lésé; il y a cependant une contusion pour laquelle on ne peut se prononcer, c'est la contusion de l'intestin. Ces cas sont les plus trompeurs, car les malades peuvent marcher, reprendre leurs occupations pendant quelques jours, sans présenter aucun symptôme alarmant et cependant la guérison est rare.

Que se passe-t-il dans ces conditions? La contusion détermine une petite eschare de l'intestin; tant que cette eschare se forme, le malade ne souffre pas; mais du quatrième au sixième jour elle se détache et si alors il ne s'est pas formé d'adhérences entre l'anse intestinale malade et les anses voisines, les matières fécales passent dans le péritoine; il se déclare une péritonite suraiguë et c'est de cette façon que meurent les malades atteints de contusion de l'intestin.

L'incertitude du diagnostic, dans les cas de contusion de l'abdomen, commande les plus grandes précautions et le chirurgien devra se comporter comme s'il existait quelque lésion viscérale. A cet effet, le repos absolu, la diète, les opiacés favoriseront l'immobilisation du tube digestif, une compression légère, l'application des réfrigérants sur l'abdomen, préviendront l'extension des épanchements sanguins et le développement de la péritonite. C'est cette complication grave qui sera l'éternelle menace et, dans le cas d'une contusion plus violente, c'est elle que l'on devra avoir plus particulièrement à prévenir, puis à circonscrire. L'opium sera administré à haute dose; par lui, on parviendra à calmer les douleurs vives et, en neutralisant les mouvements de l'intestin, à favoriser la formation d'adhérences circonscrites.

En présence d'une contusion de l'abdomen qui laisse soupçonner une lésion du tube digestif, il faut se souvenir de la facilité avec laquelle le péritoine adhère aux parties voisines et employer tous les moyens pour favoriser la formation de ces adhérences qui vont être la seule chance de salut du malade. Le meilleur moyen dont on dispose pour atteindre ce résultat est encore l'immobilisation absolue de l'intestin. Ordonnez donc au malade le repos le plus complet, faites-lui prendre de l'opium à haute dose, 10 centig. d'extrait théhaïque par jour ou sous forme d'injection hypodermique de morphine, si l'on craint de l'intolérance stomacale, toujours dans le but de paralyser les contractions intestinales; recommandez une diète sévère, proscrivez les aliments solides, permettez seulement quelques boissons légères par cuillerées à café pour tromper la soif et continuez ce régime pendant plusieurs jours, une semaine au besoin: immobiliser l'intestin, voilà le grand but à atteindre. Il va sans dire que nous réprouvons absolument la pratique de Boyer (1) et de Poland consistant à provoquer le vomissement par la titillation de la luette ou l'administration du tartre stibié par la méthode endermique, et dont le but était de prévenir l'extravasation de l'estomac, lorsque la blessure avait été reçue peu de temps après le repas.

(1) Traité des maladies chirurgicales, 1822-26.

Mais je suppose que malgré toutes ces précautions, survienne une péritonite. Lorsque cette affection est déclarée et généralisée les moyens thérapeutiques échouent presque toujours. Les émissions sanguines sont à peu prés de nul effet et il vaut mieux, à l'exemple de Velpeau (1), appliquer un large cataplasme couvrant tout l'abdomen, à moins qu'on ne se décide à agir par la laparotomie. Chavasse (2), Pozzi (3), Bouilly (4), et un certain nombre d'autres chirurgiens se sont préoccupés, dans le cas particulier, des indications de cette dernière. Le premier prescrit l'ouverture de l'abdomen pour tous les cas de rupture intestinale, il veut l'intervention aussi hâtive que possible avant que la péritonite ait acquis une trop grande intensité. Si la déchirure est minime, on fera une suture perdue et on refermera l'intestin; si elle est totale ou comprend la moitié de la circonférence du tube on établira un anus artificiel. L'abstention paraît indiquée par un collapsus trop prononcé, par une température de 36 à 35° et par la concomitance de lésion de la rate, du pancréas, des reins et du foie, vésicule exceptée. Le second estime qu'il faut aussi ouvrir largement l'abdomen dans les conditions ci-dessus, c'est-à-dire lorsqu'il y a intolérance péritonéale. S'il existe une petite plaie de l'intestin, il faut suturer et refermer le ventre. S'il s'agit d'une plaie étendue, il convient de faire un anus artificiel provisoire. Même conduite à suivre pour l'estomac et pour la vessie; néanmoins il y a à redouter pour ces deux organes les conséquences d'une suture un peu longue à cause de la distension fonctionnelle qui peut amener la désunion consécutive Pour ce motif, il semble préférable de faire une opération en deux temps, de pratiquer d'abord la fistulisation préalable, puis de fermer la fistule. M. Bouilly est, lui aussi, d'avis d'opérer lorsqu'il existe, sans lésion des parois abdominales, une blessure du tube digestif, mais il ne lui paraît pas possible de bien préciser le moment d'agir. On a dit, ajoute-il, qu'il faut intervenir avant le développement de la péritonite. Mais il est impossible de diagnostiquer la rupture d'un viscère quelconque avant le développement de la péritonite qui en est précisément le premier symptôme. Les caractères de cette péritonite paraissent seuls varier suivant la nature du liquide épanché; si c'est du sang on constate des phénomènes de collapsus, si c'est un liquide irritant comme la bile ou l'urine la péritonite éclate dès les premières heures; dans un cas d'épanchement de bile, celle-ci fait défaut dans les vomissements; c'est donc au moment même de l'explosion de ces accidents péritonéaux qu'il faut agir.

Que si ces accidents sont conjurés et la péritonite circonscrite, le chirurgien pourra être appelé à intervenir pour pratiquer la ponction ou l'incision d'un abcès stercoral.

Dans les plaies superficielles et sans complications, la réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives ou même de quelques points de suture suffit ordinairement pour amener la guérison. S'il s'agit de plaies profondes intéressant une partie plus ou moins considérable des muscles abdominaux, on ne doit pas hésiter à réunir la plaie aussi exactement

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1848.
(2) Congrès Français de chirurgie, séance du 11 avril 1885.
(3) Congrès Français de chirurgie, séance du 11 avril 1885.
(4) Congrès Français de chirurgie, séance du 11 avril 1885.

que possible à l'aide de la suture profonde, comprenant toute l'épaisseur des muscles divisés. La suture enchevillée offrirait ici de sérieux avantages. L'affrontement et la réunion de la plaie seront favorisés par le décubitus horizontal aidé de la flexion des cuisses sur le bassin et par une douce compression sur l'abdomen. La plaie sera ensuite pansée simplement, et si l'on craint l'inflammation et sa propagation au péritoine, des compresses glacées seront placées sur le ventre.

Lorsqu'il y aura une hémorrhagie abondante, on devra, avant tout, chercher les extrémités du vaisseau blessé. Cette règle est absolue et ne saurait être omise sans danger. Aussi dans le cas où une artère rétractée dans l'épaisseur des muscles pourrait être saisie à la surface de la plaie, il serait indiqué d'agrandir celle-ci dans la direction connue du vaisseau afin de pouvoir le mettre à découvert et le lier.

De même, lorsque la présence d'un corps étranger a été nettement reconnue et que son extraction ne paraît pas devoir exposer à des délabrements considérables, on devra en pratiquer l'extraction immédiate.

Les coups de feu simples des parties molles sont d'un pronostic relativement bénin, néanmoins leur mortalité s'éleva à 2 0/0, en 1870, d'après le « rapport sanitaire de l'armée almande (1) ».

Index bibliographique (*Suite*).

1887. ANDREWS. — *Chicago Med. Journ. and Exam.*, août.)
— AUGAGNEUR. — Indications thérapeutiques dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Province med.*, 4 p. 54.)
— BARNARD. — Des plaies de l'intestin par armes à feu. (Th Paris, juillet.)
— BRIDDON. — Laparotomie par coup de feu de l'estomac, perforation du petit intestin reconnue pendant la vie; mort. (*New-York med. journ.*, p. 73.)
— BROCA. — De la laparotomie pour les plaies de l'intestin grêle. (*Gaz. hebd. de méd et de chirurgie*, 21 février.)
— BUCKMASTER. — Plaie par instrument piquant de l'estomac et du diaphragme. (*The New-York med. Journ.*, p. 68.)
— BURRELL. — Coups de feu pénétrants de l'abdomen traités par la laparotomie. (*The amer. Pract. and. News.* LXI, p. 281 et *Boston med. and. Surg. Journ.*)
— CARSON. — Injuries of the abdomen and their proper treatment. (*Journ. Americ med.*, au 5 novembre.)
— CASE. — *Med. News*, 24 sept.
— CLEMOW. — *Revue de Hayem*, p. 615.
— DALTON. — Blessure de l'abdomen par arme à feu intéressant le foie; péritonite localisée; pleurésie, pyothorax; fistule stercorale, guérison. (*Saint-Louis cour. med.* XVIII, p. 400.)
— DAUDRIGE. — *Trans. Amer. Surg. Assoc.*, p. 216.
— DUPRÉE. — *New-Orleans Med, and. surg. Journ.*, juillet.
— FARGUHAR CURTIS. — De la contusion de l'abdomen avec rupture de l'intestin. (*Amer. Journ. of med. scien.*, p. 321.)
— FLEURY. — Plaie de l'abdomen produite par une balle de revolver. (*Gazette des hôp.*, 17 mars.)
— FREY. — Double perforation de l'estomac par balle de revolver méconnue pendant la vie. (*Wiener mediz.*, pr. 11, p. 367 et 12, p. 407.)
— GRANGE. — Plaie pénérante de l'abdomen avec issue de l'intestin : absence de choc. (*Lancet*, 11, p. 857.)

(1) *Loco citato.*

— KEEN. — Blessure de l'abdomen par coup de feu intéressant le foie, l'estomac, l'artère et la veine mésenterique supérieures l'intestin grêle, le rein ; laparotomie ; néphrectomie. Mort le quinzième jour. Autopsie. (*Trans. Amer. Surg. Ass. de Philadel.*, v. p. 193.)
— KINLOCH. — Plaie de l'abdomen par balle de revolver traitée par la laparotomie et la suture intestinale. Mort. (*Med. Rec.*, 22, p. 618.)
— KIRMISSON. — Des plaies pénétrantes de l'abdomen par arme à feu et de leur traitement chirurgical. (*Bull. med.*, 21, p. 323.)
— KOLLOCH. — *Med. News.*, p. 480.
— LANGE. — *Med. News.*, p. 630.
— LE DENTU. — De l'opportunité de la suture dans le cas de plaies de l'intestin. (*Gaz. méd. de Paris*, p. 13.)
— LEDIARD. — Perforation du foie par une balle de gros calibre, guérison. (*Semaine médicale*, p. 440.)
— MAC GRAW. — *Annals of Surgery, Nov.*, p. 507.
— KOSLOFF. — Compte rendu du service de santé militaire pendant la guerre de Turquie, 1877-78, d'après les données officielles, Saint-Pétersbourg.
— MAC KALLAB. — *Lancet*, p. 37.
— MATTHES. — Coup de revolver de l'estomac ; guérison. (*Centr. bl. f. chir.*, 52, p. 975.)
— MAULY. — *Trans. int. med. congrès med. News.*, 24 septembre.
— MICHAUD. — De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du tube digestif. (*Gaz. des hôpit.*, p. 802.)
— MOLITOR. — Plaie pénétrante du ventre par une balle de revolver d'ordonnance; perforation du côlon ascendant et de l'os iliaque ; mort, autopsie. Etude du traitement des plaies par armes à feu de l'intestin. (*Arch. méd. belges*, p. 155.)
— MORTON. — *Journ. of amer. med. ass.* 26 février.
— MUDD. — *Journ. of Amer. a s.*, p. 579.
— NANCRÈDE. — *Journ. of Amer. med. ass.*, 26 février.
— NILSON. — Indications et contre-indications de la laparotomie. *New-York. Med. journ.*, 9 juillet.)
— NIMIER. — Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin. (*Bull. et mém. soc. chirurg.*, 4 p., 281.)
— PACKARD. — *Med. News*, mars.
— PARKES. — Revue de quelques faits de blessures de l'abdomen par coup de feu ; déductions pratiques. (*Amer. of Surgery*. II, 5, p. 359.)
— PILLET. — Note sur un cas de plaie de l'intestin. (*Poitou médical*, 1er avril.)
— POLAILLON et THIÉRY. — Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Blessure d'une intercostale. Hemo-pneumo-thorax. Mort. (*Gaz. méd. de Paris*, p. 364.)
— PRIDDY. — Blessure de l'abdomen par coup de revolver, laparotomie et suture. (*Journ. of the Amer. ass.*, 19 nov.)
— PRINCE DAVID. — *Tr. Amer. Surg. Assoc.* CG, XII.
— RECLUS. — Traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. (*Semaine méd.* p. 470.)
— SEVASTOPOULO. — Note sur deux observations de plaies par armes à feu. (*Bull. et mém. de la soc. de chirur.*, 4, p. 273.)
— SMART. — *Brit. med. Journ.*, p. 379.
— SMITH. — Le meilleur traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Journ of the Americ. med ass.*, p. 593.)
— SKELLY. — *Annals of Sugery*, VI, p. 41.
— WAREN. — *New-York méd. Journ.*, 17 septembre.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU,

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

Le rhumatisme articulaire aigu (1), poussé par les idées modernes, pénètre peu à peu dans le domaine des maladies infectieuses. A la vérité, c'est bien timidement qu'il y risque son entrée; sans microbe connu qui réponde de sa nature, sans histoire épidémiologique, n'ayant d'autre titre à l'honneur de maladie infectieuse que son cycle fébrile et les complications viscérales dont il gratifie ses jeunes victimes, il se tient modestement à l'écart, dans le coin des pyrexies ignorées.

L'observation à la campagne troue d'un peu de lumière l'ombre où il est confiné.

On voit le rhumatisme articulaire aigu évoluer à la façon des maladies à germes médiocrement spécifiques, grippe endémique et angine, par exemple.

On le rencontre à tous les mois de l'année, mais particulièrement dans ceux où sévissent déjà la grippe endémique et l'angine. La présence de ces maladies est comme une invite à son entrée en scène; mais il reste au second plan, se contente d'apparitions passagères et d'une faible morbidité.

De 1888 à 1892, à plusieurs centaines de grippes endémiques, nous n'avons à opposer que 21 rhumatismes articulaires aigus; ce chiffre minime indique le peu de crédit dont jouit cette dernière maladie auprès d'une jeunesse qui décidément lui préfère la grippe.

Résigné à la défaveur dont il est l'objet, le rhumatisme articulaire aigu ne se réclame pas d'une épidémiologie qui lui appartiendrait en propre : il se contente de prendre copie sur celle de la grippe endémique et de l'angine.

Non seulement, il se montre en même temps que ces maladies, mais, comme elles, il répète ses attaques sur le même organisme; une atteinte de rhumatisme ne garantit pas contre une atteinte ultérieure et les récidives sont fréquentes.

De plus, et c'est là un caractère essentiel qui le rapproche encore davantage des maladies précédentes, si le rhumatisme articulaire aigu éclate le plus souvent spontanément, peut-être aux dépens d'un germe que nous hébergeons dans la bouche, toujours est-il que, dans certains cas, il est à se demander si ce germe n'a pas été fourni par le voisin rhumatisant, autrement dit si la maladie n'a pas été contagieuse.

Comment interpréter d'une autre manière la prédilection que le rhumatisme articulaire aigu affecte pour les cantonnements choisis une première fois?

Dans la petite ville d'Oyonnax, composée d'environ 500 maisons, voici une rue pas bien grande, mais pas humide et bien aérée, où depuis plusieurs années se répartissent, en une dizaine d'habitations relativement saines, la moitié des rhumatismes articulaires aigus qui s'abattent sur la localité (10 sur 21).

Tous ces gens témoignent de leurs bonnes relations en prenant à leur compte le rhumatisme du voisin. Ce sont pour la plupart des enfants ou des jeunes gens. Les doyens d'âge sont un homme de 35 ans (obs. I) et une femme de 41 ans (obs. VI). Pourquoi tombent-ils rhumatisants? Leurs parents sont bien portants et l'étiologie de leur maladie offre la banalité de toutes les causes que nous invoquons quand nous n'en connaissons pas la vraie. L'un a fait une course fatigante (obs. V); un autre a contracté son rhumatisme par fidélité à un souvenir : il s'est rappelé qu'il avait pris un rhumatisme quelque temps auparavant (obs. II, III, IV, VII); une troisième a dans son enfance habité un logement humide et est, depuis quinze ans, sujette aux douleurs fébriles des jointures; elle reste dans son logis actuel qui est sain et peut être considérée comme l'introducteur, dans son quartier, du rhumatisme articulaire aigu (obs. VI) ; mais le chimisme intime des humeurs qui inconsciemment fait opter un organisme pour le rhumatisme articulaire aigu, alors que cet organisme pouvait donner sa voix à telle autre pyrexie, ce chimisme intime des humeurs nous reste impénétrable quant à présent.

Ce que nous constatons, c'est la tendance du rhumatisme à rayonner dans une sphère restreinte autour de ses premiers tributaires. Il se fait ouvrir les portes les plus proches et se complait dans l'habitation où il a élu un domicile antérieur.

La jeune P... (obs III), âgée de dix ans, est prise de rhumatisme articulaire aigu en 1888. Dans les chambres voisines sont successivement atteintes la jeune R... (obs VIII), en août 1891, le jeune C... (obs IX), en octobre de la même année, et la jeune M... (obs X), en février 1892. Tous ces malades, étrangers les uns aux autres, vivaient dans une maison construite depuis 8 ans, exempte de toute tare spéciale d'humidité et leurs collègues en rhumatismes se trouvaient en face de conditions analogues. (1)

Le jeune L... (obs V) subit le sort des précédents; il s'alite avec un rhumatisme articulaire aigu le 7 juillet 1890, dans une chambre où l'année auparavant, un locataire antérieur avait souffert de la même maladie (obs I).

Soit sur 21 rhumatismes, 10 dans le même groupe d'habitations, et sur ces 10, 4 dans la même maison et 2 dans la même chambre.

De semblables faits ne sont pas absolument nouveaux. Mantle (2) a déjà rapporté certains cas où le rhumatisme articulaire aigu parut épidémique et contagieux.

Ces constatations semblent imposer l'idée de quartiers et de logements infectés par un germe pathogène.

Mais quel serait le germe du rhumatisme articulaire aigu? On l'ignore. Une goutte de sang prise au doigt et mise en culture sur bouillon peptonisé à 35° reste stérile (obs IX) et tous nos examens ont donné le même résultat négatif. La naissance spontanée de cette maladie, ses récidives, ses allures épidémiques la rapprochent, comme nous l'avons vu, des maladies à germes médiocrement spécifiques (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques).

De plus l'angine initiale, à l'occasion un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires et cervicaux,

(1) Il est bien entendu que nous ne parlons pas des poussées aiguës pouvant survenir au cours du rhumatisme chronique.

(1) Il est à remarquer que tous les rhumatismes articulaires de cette maison se sont groupés aux deux étages supérieurs et non au rez-de-chaussée qui était plus humide.

(2) Brit med. j., p. 1381, juin 1887.

survenant même en dehors d'une angine préalable (obs IV), sont des symptômes semblant indiquer l'absorption du germe infectieux au niveau de la muqueuse pharyngée.

Ce germe conserve-t-il longtemps sa virulence? On serait porté à le croire en comptant les intervalles de plusieurs mois qui séparent les différents cas où la contagion peut être invoquée (obs VIII, IX, X, V). Ou bien l'ancien rhumatisant garde-t-il pendant plusieurs mois dans sa salive le germe pathogène dont il ne se fait pas faute, en crachant à terre, de souiller les appartements et les escaliers? Ce mode de contagion est établi pour la pneumonie. Est-il valable dans les cas de rhumatisme articulaire aigu?

Quoi qu'il en soit, le sujet à infecter se laisse quelquefois attendre et, vivant dans un milieu rhumatisant, hésite un certain temps avant de s'offrir comme terrain de culture.

Observations.

Observation I (1) M..., ouvrier en peignes, âgé de 35 ans, habite la rue Saint-Léger, sise dans le haut de la ville à Oyonnax. Vient d'avoir un enfant atteint de grippe Le 29 décembre 1888, première attaque de rhumatisme articulaire (genoux, poignets, hanche). La température oscille entre 38 et 39 1/2. Le 3 janvier 1889, endocardite mitrale avec roulement présystolique et souffle au premier temps et à la pointe, se propageant vers l'aisselle. Guérison le 16 janvier; état du cœur stationnaire. Le 2 février 1889, après une accalmie d'une quinzaine, nouvelle poussée rhumatismale coupée en huit jours. En juillet le cœur fléchit, les jambes s'infiltrent; la digitale est impuissante. Mort au commencement d'août dans un hôpital de Lyon.

Observation II. — Mlle Louise G..., 22 ans, *voisine du précédent*, a déjà eu une attaque de rhumatisme articulaire en 1887. Est reprise le 2 février 1889. La plupart des articulations sont successivement atteintes; souffle anémique à la base du cœur. Fièvre peu élevée, oscillant autour de 38°. Guérison en vingt jours. Légère récidive durant cinq jours, en janvier 1890.

Observation III. — P... (Julie), fillette de dix ans, *habite vis-à-vis la malade précédente*. A déjà eu une attaque rhumatismale dans l'hiver de 1888. Retombe le 31 août avec des douleurs dans les coudes et les genoux et un souffle au premier temps et à la pointe du cœur se propageant vers l'aisselle. Température entre 38 et 38 1/2. Guérison le 13 septembre avec bruit de souffle persistant au cœur.

Observation IV. — B..., garçon de 12 ans, *à l'extrémité de cette même rue Saint-Léger*, est pris de douleurs vives dans les aines, les bras, les épaules, le 28 décembre 1888. La fièvre dépasse 39; le ventre est ballonné, épistaxis. Guérison le 7 janvier 1889 après production d'une insuffisance mitrale. Récidive des douleurs et de la fièvre le 21 janvier 1890. La lésion mitrale est stationnaire. Nous constatons un symptôme qui n'est pas décrit dans les classiques et que nous avons retrouvé maintes fois depuis que nous le recherchons; sans angine préalable (l'enfant n'en a pas souffert) un gonflement douloureux des ganglions cervicaux, accompagné de gêne dans les mouvements de latéralité du cou. Ce gonflement peut envahir d'autres ganglions, les sous-maxillaires, ceux de l'aine; il diminue et devient indolore quand le rhumatisme guérit. Nous avons observé un cas où le gonflement des ganglions cervicaux a abouti à la suppuration. Ce symptôme se rencontre chez les enfants beaucoup plus souvent que chez les adultes. Chez notre petit malade, il a disparu avec la guérison du rhumatisme, le 30 janvier.

(1) Tous nos malades ont été traités par le salicylate de soude à la dose moyenne de 6 grammes ou par l'antipyrine, à la dose de 2 à 4 grammes.

Observation V. — L. Ch..., 21 ans, habite le *logement où restait auparavant le malade I*. — Le 7 juillet 1890, suite d'une course fatigante, faiblesse dans les jambes et douleurs articulaires multiples (coudes, épaules, poignets, genoux, phalanges). Le 12 juillet, les battements du cœur sont sourds et un peu intermittents; un léger prolongement du premier bruit est perçu à la pointe. La température oscille autour de 39. Guérison complète le 14 juillet.

Observation VI. — Mme G..., âgée de 41 ans, *voisine des malades II et III*, a dans son enfance habité un logement humide et a pris son premier rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans. Depuis quinze ans qu'elle reste dans son logis actuel, a été atteinte de plusieurs récidives, entre autres en 1887, 1889 et 1890. Retombe malade le 25 décembre 1891, avec un léger mal de gorge et des douleurs dans les genoux. La température varie entre 38 et 39° et la guérison survient le 4 janvier. En février 1892, récidive durant dix jours.

Observation VII. — S... Alex, 25 ans, dans un *logement intermédiaire à celui du malade IV et des précédents*; a déjà eu un rhumatisme articulaire durant trois semaines en 1888. Le 18 juillet 1891, les articulations tibio-tarsiennes et du genou droit, celles du coude, du poignet, des phalanges deviennent successivement douloureuses. Guérison au bout de quatorze jours. Récidive en février 1892.

Observation VIII. — R... Céleste, âgée de 15 ans, *habite la même maison que la malade III et à l'étage au-dessous*. Le 6 août 1891, douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et fièvre vive (t. 40°). Chapelet ganglionnaire douloureux le long des sterno-mastoïdiens coïncidant peut-être à une angine du premier jour, très légère et dont la malade ne s'est plainte que quelques heures. Les ganglions de l'aine sont indemnes. Les genoux sont douloureux les jours suivants et la guérison s'effectue le 11. On perçoit à ce moment un très léger souffle d'endocardite mitrale se propageant vers l'aisselle. Une rechute survenue quarante-huit heures plus tard, ramène la fièvre et les douleurs jusqu'au 17 août.

Observation IX. — O..., âgé de 19 ans, atteint d'un ozène ancien, *habite la même maison et au-dessus des malades III et VIII*. Le 18 octobre 1891, légers maux de gorge, douleurs dans le côté droit, épistaxis. Le 20 octobre douleurs vives dans les épaules et les coudes; le moindre mouvement arrache des cris au malade. Le 26 octobre, éruptions d'érythème papuleux, à larges plaques rougeâtres, s'effaçant à la pression du doigt. Cette éruption siège à la face postérieure des cuisses et est recouverte de quelques pustules excoriées. Le sang pris au doigt avec les précautions nécessaires et cultivé sur bouillon peptonisé à 35°, reste stérile à plusieurs examens. Le 27 octobre, léger prolongement du premier bruit à la pointe du cœur. La température oscille entre 39 et 40°. Guérison le 1er novembre.

Observation X. — M... Mélitine, âgée de 8 ans, *habite la même maison que les malades III, VIII, IX et sur le même*

palier que la malade VIII. Le 26 février 1892, elle ressent des douleurs dans le bras gauche et les jambes. Le 28 février, la cheville droite et les genoux sont douloureux et tuméfiés. Les ganglions sous-maxillaires, mastoïdiens et ceux de l'aine sont douloureux. La température est à 38° 1/2. Guérison le 3 mars.

REVUE CRITIQUE

L'albuminurie dans la blennorrhagie

Si exploré que puisse paraître le champ de la vénéorologie on trouve encore chaque jour quelque chose à y glaner, quelque point de détail à y compléter. Dans cet ordre d'idées, il y a même des questions importantes que l'on croit éclaircies depuis longtemps, et qui pourtant attendent aujourd'hui encore une solution satisfaisante. Au nombre de ces dernières se place en première ligne la question si souvent discutée de la nature de la blennorrhagie. La théorie microbienne, qui devait trouver ici une de ses principales applications, a modifié à cet égard nos opinions traditionnelles, sans donner pourtant une solution définitive et complète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en voyant la non-réussite de la plupart des méthodes abortives inspirées par cette théorie. Cette remarque suffira à montrer l'importance des *désideratum* qu'il reste à combler avant que l'on puisse considérer comme parachevée l'étude de cette affection si répandue nommée *blennorrhagie*. Et de fait, malgré un nombre immense de travaux, il reste encore bien des points obscurs et nous ne sommes guère plus avancés, au point de vue du traitement, que ne l'étaient nos prédécesseurs et nos maîtres, il y a plus d'un quart de siècle.

En particulier, il y a dans l'histoire de cette maladie un point de détail assez peu étudié, jusqu'à présent, et sur lequel M. Balzer vient avec raison d'appeler l'attention. Il s'agit de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie, et de la valeur qu'il convient d'attribuer à ce fait, trop souvent méconnu et jusqu'à présent relégué au second plan dans la hiérarchie des manifestations symptomatiques de l'infection. Notre collègue a puisé dans la pratique de l'hôpital du Midi la majeure partie des éléments de la statistique invoquée par lui à l'appui de ses conclusions ; mais il a eu soin d'éliminer tous les cas douteux, tous ceux dont l'interprétation aurait pu fournir matière à contestation, par exemple, les cas de blennorrhagie compliquée de syphylis, et ceux où l'albuminurie ne s'est manifestée par aucune réaction appréciable et, en tous cas, n'a pas dépassé quatre jours de durée. Cette élimination faite, il restait un total de 54 cas, d'après lequel M. Balzer a pu calculer la proportion relative de la fréquence de l'albuminurie. Cette proportion ne serait pas moindre de 12 0/0, et peut-être même devrait-on la considérer comme légèrement au-dessous de la réalité, car elle paraît inférieure au chiffre obtenu, lors d'une première série de recherches. Du reste, une méthode sévère a, dans tous ces cas, présidé à la recherche de l'albuminurie, en vue d'écarter toutes causes d'erreur, comme celle qui aurait pu résulter de la présence d'une certaine quantité de pus dans l'urine (cystite, urétéro-pyélite). Cette précaution était nécessaire pour répondre par avance à certaines objections relatives à l'origine de l'albumine constatée. Il ne saurait être question ici que de l'albumine excrétée au niveau du rein et non de celle qui peut être abandonnée par les globules purulents et les leucocytes en suspension dans l'urine. Ces précautions préalables étant prises, un fait se dégage, évident, incontestable, c'est que l'albuminurie est fréquente chez les blennorrhagiques, au début, pendant la phase aiguë de la maladie. Mais le phénomène ne se présente pas toujours dans des conditions cliniques uniformes.

Ainsi, d'après M. Balzer, il y aurait lieu d'établir deux variétés symptomatiques, selon que l'albuminurie est latente et légère, ou plus abondante et relativement grave. La première paraît assez fréquente, mais elle est presque toujours méconnue, d'autant qu'elle n'entraîne ordinairement aucun trouble susceptible de révéler son existence. La seconde s'affirme par des signes plus nets, ainsi qu'on peut le constater dans une observation où la nature particulière des phénomènes généraux constatés chez le malade a mis pour ainsi dire sur la trace du symptôme albuminurie. Les phénomènes généraux étaient assez analogues à ceux qui se rencontrent dans les maladies dites infectieuses, et parallèlement on constatait une albuminurie très marquée, présentant à certains jours des oscillations qui lui imprimaient un caractère d'intermittence notoire. M. Balzer admet d'ailleurs qu'il existe entre les deux variétés des cas mixtes, des cas de transition qui n'autorisent guère ici une séparation absolument tranchée. Quoi qu'il en soit, l'interprétation de l'origine du symptôme ne saurait être la même pour tous les faits et il est nécessaire de créer une distinction.

On peut admettre, par exemple, que pour un certain nombre de cas, l'albuminurie est un produit direct de l'infection générale produite par la diffusion du contage blennorrhagique. Cette explication est la seule qui convienne aux faits où l'inflammation uréthrale reste isolée, sans participation apparente du reste de l'appareil génito-urinaire. Le mécanisme de l'albuminurie peut alors être comparé à celui qui a été invoqué pour expliquer l'apparition du même phénomène à la suite d'autres infections d'abord primitivement localisées, comme la diphtérie, l'érysipèle, etc. Il s'agirait en réalité d'une intoxication directe par le virus gonorrhéique. Toujours est-il que l'albuminurie de cette catégorie constitue un fait d'une importance incontestable, voire même d'une certaine gravité, susceptible par conséquent de commander pour l'avenir une certaine réserve pronostique. L'examen répété de l'urine est ici une précaution nécessaire, car il y a lieu de craindre une tendance de la maladie à revêtir la forme chronique. On peut d'ailleurs appliquer ce précepte, avec moins de rigueur toutefois, aux cas où l'albuminurie paraît plus spécialement liée à une propagation ascendante de l'inflammation le long des voies urinaires.

Cette dernière éventualité serait particulièrement fréquente, suivant M. Balzer : dans les observations qui s'y rattachent, l'orchite et la cystite jouaient le rôle dominant, mais, de l'avis même de notre collègue du Midi, ce n'est pas toujours chose facile de discerner cliniquement ces faits, et de les distinguer de l'albuminurie infectieuse d'emblée. Tout au plus peut-on dire que le retentissement général est moins marqué dans ce cas particulier ; il y aurait là une question de nuance, plutôt qu'une différence nettement tranchée. L'examen des urines peut alors venir utilement en aide, en permettant de reconnaître la présence ou l'absence du muco-pus, autrement dit l'existence ou l'absence de l'inflammation des voies urinaires supérieures : à défaut de cette vérification préalable, la distinction serait à peu près impossible à faire. Aussi tout

essai d'interprétation séméologique de la valeur de l'albuminurie chez les blennorrhagiques devra-t-il être précédé d'un examen complet de l'urine et de l'appareil urinaire, sen moyen d'écarter de nombreuses causes d'erreur.

En résumé l'albuminurie constatée au cours de la blennorrhagie aiguë serait toujours consécutive à une infection, et celle-ci pourrait se faire directement, par simple diffusion du contage, ou indirectement, par l'intermédiaire des altérations ascendantes ultérieures. Il est probable d'ailleurs que les deux procédés peuvent se combiner, en tous cas il y a lieu d'uniformiser vis-à-vis d'eux les préceptes thérapeutiques issus de la constatation de l'albuminurie, préceptes que l'on peut résumer dans l'observance sévère du régime lacté et la prescription du repos. On ne saurait aller plus loin dans l'explication du mécanisme pathogénique sans aborder le chapitre de l'hypothèse pure. Quelques observateurs ont pensé pouvoir incriminer l'usage des balsamiques et mettre en cause l'action irritante que ces médicaments exerceront vis-à-vis du rein. Mais cette théorie n'est nullement fondée, et M. Balzer la rejette complètement. Le salol, dont l'emploi est si répandu depuis les recherches de notre regretté collègue Dreyfous, doit être également mis hors de cause. Vraisemblablement, on sera plus près de la réalité en invoquant simplement le pouvoir de virulence propre au microbe spécifique, virulence dont le rhumatisme blennorrhagique représente une des manifestations les plus fréquentes et les mieux connues. Quant à la question de savoir si le microbe agit ici par lui-même, ou seulement par les produits qu'il sécrète, elle est encore et probablement restera longtemps indécise. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la propagation du gonocoque le long des voies urinaires supérieures et l'inflammation qui s'ensuit sont deux circonstances très favorables à l'infection, qui trouve de la sorte une voie toute préparée. On comprend par là quel intérêt il y aurait à prévenir cette propagation, si la chose était thérapeutiquement possible. C'est ici que l'application de la méthode abortive, si en honneur depuis quelques années, aurait une véritable raison d'être. Mais nous ne croyons pas que des recherches aient été faites dans ce sens. Pour l'instant, on ne peut que mettre en relief une fois de plus la valeur séméiologique et pronostique de l'albuminurie chez les blennorrhagiques. M. Balzer aura eu le mérite incontestable d'avoir attiré l'attention sur ce point, et d'avoir montré tout l'intérêt qu'il y a pour le médecin à rechercher, dans tous les cas, l'existence d'un symptôme que nos connaissances actuelles ne permettent plus de traiter comme une quantité négligeable.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

LA PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE (ERB).

On sait que, chez les sujets entachés de syphilis, on observe assez souvent des accidents spinaux qu'on croyait pouvoir mettre sur le compte d'une myélite transversale du segment dorsal, en se basant sur l'ensemble des manifestations cliniques. Le prof. Erb, de Heidelberg, vient de publier une note (*in Neurologisches Centralblatt*, 1892, n° 6, p. 161) dans laquelle, sans contester l'exactitude du diagnostic anatomique porté dans les cas en question, il soutient que ceux-ci se distinguent par des caractères assez nets pour mériter de constituer une entité morbide spéciale. Il existerait, en d'autres termes, une *paralysie spinale syphilitique*, qui se distingue des autres affections chroniques de la moelle, syphilitiques ou non, par un ensemble de traits qu'Erb s'est attaché à faire ressortir de son mieux.

Eu égard à son expression clinique, cette paralysie spinale syphilitique offre une grande ressemblance avec le syndrome de la paralysie spinale spastique, pour ce qui concerne la démarche, l'attitude, l'exécution des mouvements des membres inférieurs, l'exagération des réflexes tendineux. Seulement les spasmes musculaires sont relativement peu prononcés, les fonctions vésicales sont presque toujours touchées, enfin il existe toujours des troubles de la sensibilité, faibles en général. Avec cela on n'observe pas de douleurs violentes, pas d'atrophie musculaire. Les bras, la tête, les nerfs craniens ne sont pas affectés. Voici d'ailleurs la description détaillée que donne Erb de la symptomatologie de l'affection.

Celle-ci, en thèse générale, se développe d'une façon lente et progressive; il se passe des mois, quelquefois même des années jusqu'à ce que tous les symptômes se soient constitués. Ces symptômes consistent en phénomènes de paresthésie, en douleurs passagères; les malades sont prompts à se fatiguer, ils éprouvent de la raideur et de la faiblesse dans les jambes, de la parésie vésicale. Cette faiblesse de la vessie peut se rencontrer seule, pendant des mois et des années.

Puis les difficultés de la marche vont en se prononçant, elles dégénèrent en parésie spasmodique, rarement en une paraplégie complète. Celle-ci d'ailleurs n'est jamais que transitoire, et ne tarde pas à faire place à la parésie spasmodique.

Les troubles de la démarche frappent à première vue. Les malades se traînent lentement, les jambes raides, et n'avancent qu'au prix de pénibles efforts; il semble que la parésie se combine avec des spasmes musculaires très intenses. En réalité, spasmes et parésie sont peu prononcés, tandis que les réflexes tendineux sont très exagérés.

La parésie vésicale n'a manqué que 2 fois sur 24 cas examinés au début; une fois elle était remplacée par de la parésie du gros intestin. On peut observer de l'incontinence et de la rétention d'urines, et les deux troubles peuvent alterner ou coexister. Dans un quart des cas, la parésie vésicale était assez prononcée pour nécessiter le cathétérisme ou le port d'un urinal.

Dans la plupart des cas, la puissance sexuelle se comportait comme la fonction vésicale.

Exceptionnellement on peut observer le développement d'une ulcération de décubitus.

Toujours la partie supérieure du corps réalise un état absolument anormal; cela s'applique aux membres supérieurs, au cou, à la tête, aux facultés psychiques.

D'un cas à l'autre les différents symptômes peuvent d'ailleurs présenter une intensité variable.

L'affection manifeste une tendance bien nette à l'amélioration, et celle-ci s'observe surtout à la suite d'une cure spécifique instituée avec énergie. L'amélioration peut être telle que les malades viennent de nouveau en état de reprendre leurs occupations professionnelles, de se marier, etc. D'autres fois la maladie reste stationnaire et se maintient *in situ* pendant de longues années. Plus rarement elle suit une évolution progressive, pour aboutir au dénouement fatal.

Erb affirme qu'en tenant compte de l'expression si caractéristique de ce syndrome, il lui est arrivé bien souvent de

diagnostiquer une infection syphilitique antécédente, chez un malade qu'il n'avait pas encore interrogé. La maladie en question se distingue d'ailleurs à première vue de la plupart des autres affections chroniques de la moelle, tabes, sclérose en plaques, myélite par compression, syringomyélie. Elle pourrait être confondue à la rigueur avec la paralysie spinale spasmodique (tabes spasmodique), dont elle se distingue par l'existence de troubles de la sensibilité et des fonctions vésicales, par le peu d'intensité des spasmes musculaires, et par son évolution si différente.

Il est plus difficile de la distinguer de la myélite transverse dorsale, surtout pour cette raison que les traits symptomatiques assignés à cette dernière sont empruntés en grande partie à la paralysie spinale syphilitique avec laquelle la première a été souvent confondue. En l'état des choses, il n'est pas possible de donner des signes différentiels sûrs. Il y a lieu cependant de faire remarquer que, dans la forme syphilitique, la paraplégie ne devient qu'exceptionnellement complète, et qu'alors elle ne l'est d'ordinaire que transitoirement.

Il est déjà plus facile de distinguer cette myélite syphilitique des autres affections spécifiques de la moelle et des centres nerveux : méningite spinale, névrite radiculaire multiple, gommeuse, poliomyélites syphilitiques, syphilis spinale ou cérébro-spinale diffuse, névrite multiple syphilitique, dans les cas, bien entendu, où la paralysie spinale syphilitique, telle qu'elle vient d'être caractérisée, existe sans mélange d'une autre lésion syphilitique, et ces cas paraissent être fréquents. Ils réclament, en somme, une place à part, en regard des lésions syphilitiques communes, qui, elles, ont pour caractères bien connus « l'irrégularité et la diffusion de leurs symptômes et de leur localisation ».

Les rapports étiologiques de cette forme de paralysie spinale avec la syphilis sont des plus évidents : Dans tous les cas observés par Erb, la syphilis figurait dans les antécédents des malades, et on ne trouvait aucune autre cause qui pût rendre compte du développement des accidents spinaux. Chez 13 malades sur 22, ces accidents ont fait leur apparition dans les trois premières années qui ont suivi l'infection syphilitique.

Les lésions occupent vraisemblablement le segment dorsal et n'intéressent qu'une partie de l'épaisseur de la moelle : moitié postérieure des cordons latéraux, cordons postérieurs, partie postérieure de la substance grise.

En somme, ce qu'Erb a eu en vue, en publiant son travail, c'était d'attirer l'attention des cliniciens sur les points suivants, qui restent à débattre : 1° existe-il un nombre suffisamment grand de cas de myélite dorsale d'origine syphilitique, pour qu'il y ait lieu de faire de ces cas une forme spéciale de myélite dorsale ? En se fondant sur les résultats de son observation personnelle, Erb estime que 35 à 40 0/0 du nombre total des myélites chroniques sont d'origine syphilitique.

2° Cette forme syphilitique de la myélite dorsale a-t-elle des caractères cliniques propres ?

3° Parmi les nombreuses formes d'affections syphilitiques de la moelle, celle dont il vient être question est-elle représentée assez largement, pour qu'on puisse la démêler du syndrome réalisé par les cas complexes où plusieurs formes s'associent chez un même sujet ?

Enfin, le complexus symptomatique de la paralysie spinale syphilitique est-il toujours l'expression d'une lésion anatomique de même siège, et quels territoires vasculaires sont en rapport avec ce dernier ?

Il appartient à de nouvelles recherches cliniques et anatomiques de trancher ces différents points. Provisoirement, Erb se croit autorisé à créer une « paralysie spinale syphilitique », en raison du grand nombre de cas qu'il a observés, et qui réalisaient les caractères étiologiques et symptomatologiques énumérés plus haut.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

La paralysie glosso-labiée cérébrale a forme pseudo-bulbaire, par le Dr Lereschе. — Th. de Paris.

Le syndrome de paralysie glosso-labiée peut se rencontrer en l'absence de toute lésion de l'isthme de l'encéphale. Cette paralysie offre des signes distinctifs avec la maladie de Duchenne ; le plus important, c'est l'absence d'atrophie des muscles paralysés dans la paralysie pseudo-bulbaire, atrophie qui ne fait jamais défaut dans la maladie de Duchenne. A l'autopsie des malades atteints de cette paralysie glosso-labiée cérébrale on trouve, le plus souvent, des lésions bilatérales localisées dans le segment externe du noyau lenticulaire; dans des cas plus rares les lésions siégeaient uniquement sur l'écorce des hémisphères et occupaient la partie inférieure des circonvolutions frontales ascendantes ainsi que le pied des troisièmes circonvolutions. Les malades ne présentent de symptômes d'hémiplégie ordinaire que quand les faisceaux psychomoteurs des membres sont lésés.

Le sulfonal, son action dans l'épilepsie, par le Dr Enon. Thèse de Paris.

Le sulfonal agit d'une façon sûre pour produire le sommeil et son emploi est surtout indiqué quand l'affaiblissement du cœur est à redouter ; il agit en particulier sur les épileptiques comme sédatif et diminue la fréquence et l'intensité de leurs crises. Parfois il les supprime. L'accoutumance au sulfonal est nulle, son absorption et son élimination sont rapides, ses effets commencent une ou deux heures après son ingestion et ne cesse complètement que deux jours après.

Des myopathies dans la sclérodermie, par le Dr Robert. Thèse de Paris.

Les atrophies musculaires qui coexistent avec la sclérodermie ne dépendent pas directement de l'altération des téguments, et se développent dans des régions respectées par la dermatose. Elles présentent un certain intérêt au point de vue clinique en raison de l'impotence qui en résulte. Tantôt c'est une simple diminution de volume des muscles, tantôt il s'y ajoute de la rétraction. Comme altération des muscles lésés, on signale une atrophie de l'élément contractile coexistant avec une hyperplasie du tissu conjonctif intra-musculaire. Il paraît légitime d'admettre que les troubles cutanés, de même que les lésions musculaires, sont sous la dépendance d'un processus général, lui-même encore mal déterminé dans sa nature.

De l'astasie-abasie, par le Dr G. Cahen. — Th. de Paris.

L'ataxie-abasie apparaît le plus souvent comme un syn-

drome hystérique, dont la manifestation serait liée à un choc moral ou physique, mais elle pourrait dépendre aussi d'une altération organique encore indéterminée des centres nerveux. Ses symptômes sont surtout, l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus et leur non appropriation à l'accomplissement des fonctions spéciales de la station, de la marche. Elle présente plusieurs formes, l'astasie paralytique, ataxique, choréiforme, trépidante, saltatoire. Elle n'amène pas la mort, mais sa durée peut être fort longue. L'hypothèse la plus admissible, au sujet de sa pathogénie, est que ce trouble résulte d'une amnésie de la mémoire de la marche, ou d'une action inhibitrice localisée à une ou à toutes les parties de l'axe encéphalo-médullaire, fonctionnellement différenciées pour le commandement et l'exécution de la station et de la marche normale. Le traitement est celui de l'hystérie.

De quelques symptomes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses, par le Dr Cousin. — Th. de Paris.

Pour la plupart des auteurs, le rhumatisme chronique produit des lésions articulaires qui déterminent, par action réflexe, des artropathies musculaires dont l'intensité n'est nullement en rapport avec l'intensité de l'arthrite. Il existe une analogie profonde entre les arthrites du rhumatisme chronique et les arthropathies nerveuses; les unes et les autres peuvent être groupées sous le titre de troubles trophiques et la distinction entre elles est à peu près impossible. L'étude des réflexes et de la sensibilité permet également ce rapprochement que tendent à confirmer les recherches expérimentales et quelques examens anatomo-pathologiques.

Contribution a l'étude de la médication hypnotique analgésique, par Mme Frenkel. — Th. de Paris.

Ce travail a pour objet l'étude des propriétés de l'hypnal ou monochloralantipyrine; d'après ses conclusions, l'hypnal a peu de goût, peu d'odeur, ce qui lui donne une supériorité sur le chloral. Les propriétés des substances qui le composent, chloral et antipyrine, se retrouvent dans l'hypnal; c'est un médicament à la fois hypnotique et analgésique. L'hypnal produit des effets hypnotiques à dose d'environ un tiers ou moitié plus faible que le chloral, ses services sont surtout précieux dans l'insomnie causée par la douleur.

G. L.

MÉDECINE PRATIQUE

Fièvre typhoïde.

M. L. Young (*Times and Register*, 27 février 1892) a, dans 50 cas de *fièvre typhoïde*, employé avec succès la mixture suivante :

Acide phénique	} àà 36 gouttes
Teinture d'iode	
Sous-nitrate de bismuth	6 grammes
Essence de térébenthine	8 —
Mucilage d'acacia	Q. S. pour 180 gr.

Agiter et en prendre une cuillerée à café dans un peu d'eau toutes les trois heures.

S'il existe beaucoup de diarrhée, augmenter la proportion de bismuth et ajouter à la potion un peu de laudanum. L'auteur ordonne 20 gouttes d'HCl dilué pour favoriser la digestion, trois fois par jour. Il prescrit la quinine pour abaisser la température, mais, si celle-ci dépasse 40° C., il faut s'adresser à l'acétanilide.

Écoulements vaginaux.

Solution :

Acide phénique pur	1 gramme.
Alcool ou eau de Cologne	30 —
Eau	70 —

Mêlez.

A l'aide du spéculum, on introduit, une ou deux fois par jour, des tampons imbibés de ce mélange et chaque fois qu'on les enlève, on pratique des injections légèrement astringentes. Dès que les surfaces sont détergées, on remplace les tampons d'alcool phéniqué par d'autres, imprégnés d'une solution moins active, telle que la suivante.

Acide tannique	15 grammes.
Glycérine pure	90 —

(*Gaz. de gynécologie*, 1892; n° 138.)

Maladies des enfants.

Sirop créosoté :

Créosote	5 grammes.
Alcool à 90°	125 —
Glycérine neutre	50 —
Sirop de tolu	250 —
Eau de laurier-cerises	} àà 40 —
Eau distillée	

F. S. A. — Une cuillerée à café contient cinq centigr. de créosote.

A recommander pour les enfants.

(*Journ. de chirurg. et thérap.*, n° 11.)

BULLETIN

Académie des sciences. — Les réflexes vasculaires. — Les associations morbides. — Transmission héréditaire des caractères végétatifs des micro-organismes. — L'azote du sang. — La bactérie pathogène de la grippe.

Académie de médecine : Présence dans le sang des microcoques du mycosis fongoïde. — Nouveau procédé de thoracoplastie et traitement de la pleurésie purulente. — Prostitution et syphilis chez les insoumises mineures. — Élection.

En pinçant les nerfs d'une oreille d'un lapin, la droite, par exemple, M. Bouchard a observé : 1° au-dessus du point comprimé, la disparition du rythme artériel, une paralysie vasculaire et par suite une forte congestion; 2° au-dessous du même point, la persistance du rythme artériel; 3° sur l'oreille gauche, la disparition de ce rythme, mais une contraction vasculaire amenant l'anémie. Cette contraction vasculaire, sous l'influence du pincement du nerf de l'oreille opposée, est un phénomène réflexe qui indique l'existence d'un arc réflexe entre les nerfs sensitifs d'une oreille et les nerfs moteurs de l'autre. Mais, ce qui ressort de l'expérience de M. Bouchard, et ce qui est assez curieux, c'est que ces actions réflexes ne se produisent pas dans la même oreille.

— M. Verneuil, poursuivant son étude si féconde sur les associations morbides, a envisagé dans une communication à l'Académie des sciences, l'association de maladies antérieures, contemporaines ou surajoutées, non plus avec le traumatisme, mais avec

des états morbides, accidentels, de localisation, de cause et de nature différentes. Il a pris pour exemple la rétention des matières stercorales associées à d'anciennes lésions rénales, et, des faits qu'il a observés, parmi lesquels il en relate particulièrement deux fort démonstratifs, il tire les conclusions suivantes :

« 1° La rétention stercorale survenant chez des sujets atteints d'anciennes affections rénales offre une extrême gravité.

« 2° La mort survient, en général, très vite sans grands désordre du côté de l'intestin, ni du péritoine, mais par suite de l'aggravation soudaine de la néphropathie et avec le cortège des symptômes et accidents qui caractérisent les différentes formes de l'urémie. »

— La transmission héréditaire de l'accroissement ou de l'atténuation de la virulence des micro-organismes est un fait acquis, et c'est ce qui a servi de base à la méthode de fabrication des vaccins. Les modifications dans les caractères végétatifs se transmettent-ils de même hérédétairement? C'est ce que M. Phisalix a recherché pour le *bacillus anthracis*. En soumettant ce micro-organisme à des conditions particulières de température, il est arrivé par degrés, après plusieurs générations, à diminuer, puis à faire disparaître définitivement sa propriété sporogène. Ceci a une importance considérable en bactériologie pour connaître la valeur qu'il faut accorder à la sporulation comme caractère spécifique.

— MM. Jolyet et Sigalas ont entrepris, sur l'absorption de l'azote par le sang, des recherches expérimentales d'où il paraît résulter, suivant eux « que les globules jouent, en tant que corps solides en suspension dans le plasma sanguin, un rôle important dans cette absorption. Les globules détruits, en effet, l'absorption diminue dans des proportions très notables, et cette diminution ne peut être nullement expliquée par une diminution du coefficient de solubilité du gaz dans un liquide chimiquement identique.

« D'un autre côté, ajoutent-ils, nos expériences sur l'hydrogène écartent l'hypothèse de la combinaison de l'azote avec les globules, à moins d'admettre aussi une combinaison de l'hydrogène.

« L'ensemble des résultats obtenus s'accorde avec l'hypothèse du globule sanguin agissant comme corps solide sur l'azote et sur l'hydrogène et retenant mécaniquement une certaine quantité de ces gaz. On s'explique ainsi comment le coefficient d'absorption du sang est moins augmenté par les globules pour l'hydrogène que pour l'azote, les expériences anciennes de de Saussure et celles plus récentes de Chappuis ayant montré que, dans la condensation des gaz par les solides, l'hydrogène est de tous le moins énergiquement retenu. L'adhérence énergique des gaz ainsi condensés par les globules explique aussi pourquoi l'azote du sang ne suit pas la loi de Dalton. »

— Les recherches sur l'agent pathogène de la grippe ont été naturellement fort nombreuses, depuis l'avant-dernière épidémie, et des divergences assez grandes divisent encore les bactériologistes. Dès le mois de mars 1890, MM. Teissier, G. Roux et Pittion ont signalé, dans le sang et les urines d'un certain nombre de malades atteints de grippe, l'existence d'un micro-organisme qui, injecté dans les veines d'un lapin produisait constamment chez cet animal une affection analogue à la grippe humaine. Depuis lors, de nouvelles recherches, confirmatives des premières, leur ont montré que le microorganisme revêt la forme diplobacillaire dans l'urine, et la forme strepto-bacillaire en courtes chaînettes dans le sang. Le polymorphisme de ce bacille expliquerait les divergences rappelées plus haut ; mais ses effets sur le lapin et sa propriété de donner naissance à des spores dans les cultures sur pommes de terre constitueraient pour lui des caractères spécifiques.

— Nous passons de l'Académie des sciences à l'Académie de médecine sans quitter le domaine de la bactériologie. Sur la demande de M. Vidal, on a ouvert un pli cacheté, déposé par lui le 30 juillet 1885, et dans lequel, mentionnant des recherches qu'il a faites en collaboration avec M. Marfan, il dit avoir constaté *dans le sang* de malades atteints de mycosis fongoïde, la présence de micro-organismes parasitaires analogues à ceux trouvés dans les poils et dans les croûtes. Quelques-uns de ces microcoques semblaient avoir pénétré à l'intérieur des globules blancs et même des globules rouges.

Des recherches dans le même sens ayant été faites depuis lors, par d'autres auteurs, MM. Vidal et Marfan ont assuré, par le pli en question, leur priorité.

— La plus grande partie de la séance de l'Académie a été remplie par une discussion sur le traitement de la pleurésie purulente. Cette discussion a surgi à propos d'un rapport de M. Verneuil sur une modification apportée par M. Quénu à l'opération d'Estlander. Voici les temps principaux de l'opération de M. Quénu.

Il fait, en arrière du mamelon, une incision verticale à travers laquelle il excise environ deux centimètres des 2ᵉ, 3ᵉ, 4ᵉ, 5ᵉ, 6ᵉ et 8ᵉ côtes. Parallèlement à cette incision, il en pratique une autre, sur la ligne axillaire, et excise encore deux centimètre des mêmes côtes. Il réséque ensuite la côte bordant la fistule et par la fenêtre qui en résulte il nettoie la cavité suppurante. Il obtient ainsi un plastron thoracique mobile qui vient s'appliquer contre le poumon. Quand la pleurésie est postérieure, on reporte en arrière les deux incisions et par suite le plastron qu'elles circonscrivent.

M. Verneuil fait ressortir les avantages de ce procédé, qui permet une mobilité plus grande du lambeau et rend plus facile son retrait et son application contre le poumon.

M. Péan fait remarquer que tous les procédés opératoires dont il a été question dans le rapport de M. Verneuil agissent moins en mobilisant une partie de la paroi thoracique qu'en ouvrant une large voie par laquelle on peut examiner, gratter, nettoyer la cavité pleurale.

La discussion, à laquelle prennent part MM. le Fort, Verneuil, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Péan, Hardy, s'élargit et porte sur le traitement de la pleurésie purulente en général, traitement que, médecins et chirurgiens, revendiquent respectivement pour eux. Les enseignements qui semblent se dégager du débat sont les suivants :

La pleurésie purulente, rare autrefois, est devenue plus fréquente depuis qu'on use largement de la thoracenthèse. Il faut devenir plus sobre des ponctions.

Lorsque, malgré le traitement employé, l'épanchement devient purulent et rend l'opération de l'empyème nécessaire, le procédé à recommander consiste à ouvrir largement, à introduire un drain dans la cavité purulente, à s'abstenir de lavages, ou tout au moins de lavages répétés, à faire des pansements antiseptiques rares. Certains médecins, à

l'exemple de M. Constantin Paul, font des lavages an moyen de deux drains plongeant par leurs extrémités dans des vases remplis de liquide antiseptique, sorte de siphon permettant les lavages sans laisser pénétrer l'air dans la poitrine.

Tout ceci est du ressort de la médecine. Lorsque la suppuration persiste, qu'il s'établit une fistnle, que l'état du malade s'aggrave, c'est à la chirurgie d'intervenir.

Le procédé opératoire de M. Quénu paraît à M. Verneuil présenter des avantages. Mais ici encore, suivant le conseil de M. Péan : on doit se garder d'intervenir *largâ manu*.

— M. Commenge, dans un travail ayant pour titre *Prostitution et syphilis chez les insoumises mineures*, appelle tout particulièrement sur cette catégorie de prostituées l'attention et la surveillance de la police sanitaire.

— Au cours de la séance, M. Dugnet a été élu, à une très forte majorité, membre titulaire de l'Académie dans la section de pathologie médicale.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Le dernier concours d'agrégation en médecine. — Le dernier concours d'agrégation en médecine a donné lieu à des incidents dont la *presse médicale* et même la presse extra scientifique se sont vivement émues. Les résultats de ce concours ont été contestés, au moins pour Paris, autant par les candidats non élus, que par plusieurs professeurs, assure-t-on, et c'est à l'instigation de ces derniers qu'une protestation aurait été adressée à M. le Ministre de l'instruction publique. Cette protestation serait en ce moment l'objet d'une enquête.

Les renseignements publiés par les divers journaux de médecine sont assez contradictoires. Les irrégularités signalées par les protestataires sont les suivantes :

1° Un des juges s'étant excusé dès la première séance, pour cause d'indisposition, le président aurait dû le remplacer dès le premier jour par un suppléant tiré au sort;

2° La maladie de ce juge l'ayant obligé quelques jours après à se retirer du concours, le président, ne l'ayant pas fait remplacer, pouvait user du bénéfice de sa voix prépondérante;

3° Le président, se trouvant « *délégué* à l'inspection » des Facultés et Ecoles de médecine, a une certaine influence sur ses collègues professeurs qu'il peut recommander, faire décorer, etc.

Examinons maintenant ce que pensent de ces irrégularités et de ce concours, nos confrères les plus autorisés de la *presse médicale*.

Les uns disent que le règlement du concours est formel et que, en cas d'absence ou de récusation d'un juge un suppléant doit être immédiatement tiré au sort, et cela de manière à ce que le jury soit toujours de 7 à 9 membres.

D'autres répondent que la première séance est purement administrative et sans importance pour les candidats : d'autre part que l'on ne peut nommer de suppléant, une fois le concours commencé.

Dans l'espèce, la plupart des journaux ajoutent que le président n'a pas eu de voix prépondérante à invoquer; que, sur cinq candidats nommés, les trois premiers l'ont été à l'unanimité des votants, que le quatrième a obtenu dès le premier scrutin six voix sur huit. Reste le cinquième candidat dont les épreuves orales avaient été fort applaudies par l'assistance, qui n'a été nommé qu'à un troisième tour de scrutin mais par cinq voix contre trois. Donc le président n'a pas eu à user dans aucun cas de la prérogative de sa voix prépondérante.

Tels sont, très succinctement, les faits. Si nous avons tardé à en parler, si nous ne nous arrêtons pas aux insinuations que les journaux extra-scientifiques se sont plu à reproduire, c'est que nous n'avons à prendre parti pour personne. La seule conclusion qu'on puisse tirer de tous ces incidents, c'est que d'importantes réformes s'imposent, et cela depuis longtemps, dans l'organisation du concours.

Les Perruches infectieuses. — La plupart des journaux politiques ont parlé d'une maladie infectieuse qui aurait revêtu le caractère épidémique, dans le quartier de la Bastille, et dont l'origine serait imputable à des perruches récemment importées d'Amérique. Une communication sur cette épidémie devait être faite à l'Académie, et a dû être ajournée à mardi prochain. Nous attendons d'avoir ainsi des documents scientifiques plus certains pour entretenir à notre tour nos lecteurs des faits, d'ailleurs fort intéressants, dont il s'agit.

La loi militaire et les carrières libérales. — Après avoir examiné la demande qui lui a été adressée par la commission parlementaire de l'armée, le ministre de la guerre a été d'avis que le texte de la loi militaire et l'avis subséquent que le Conseil d'Etat a été appelé à rendre sont absolument impératifs, et ne laissent place à aucune interprétation moins restrictive des articles 23 et 59 de ladite loi. En conséquence, M. de Freycinet ne croit pas pouvoir accueillir la demande de la commission.

Pour obtenir le résultat désiré, il faudrait demander au Parlement la modification de la loi de 1889. Le ministre de la guerre ne compte pas, quant à lui, en prendre l'initiative.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris

L'inauguration du buste de M. le prof. Damaschino, dû au sculpteur Boucher, a eu lieu dimanche dernier.

Une somme de mille francs, reliquat de la souscription au verte pour l'érection de ce buste, a été remise à M. le directeur de l'Assistance publique, pour être distribuée aux infirmiers les plus méritants de l'hôpital Laënnec, hôpital où M. Damaschino avait été attaché en dernier lieu.

— M. le professeur Grancher est nommé assesseur du doyen.

— M. Pouchet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pharmacologie.

Facultés et Ecoles des départements.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé pour le deuxième semestre de la présente année scolaire est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Lannegrace, professeur de physiologie.

M. Hédon, agrégé, est chargé, en outre, pendant le deuxième

semestre de la présente année scolaire, d'un cours de physiologie.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

—M. Poncet, professeur de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le professeur Jolyet est nommé assesseur du doyen.

Ecole de médecine d'Alger. — Un congé sans traitement, du 1er mars au 31 octobre 1892, est accorde, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Moreau, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Cochez est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1892, des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Besançon. — Un congé sans traitement, pour le deuxième semestre de la présente année scolaire, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Charbonnel-Salle, professeur de physiologie.

M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, d'un cours de physiologie.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 3 octobre 1892, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Bataille est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la Clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts aura lieu dans le courant du mois de mai 1892. La date exacte de l'ouverture du concours sera ultérieurement fixée. — Toute demande d'autorisation à concourir devra être déposée, avant le 23 avril prochain, au secrétariat de l'hospice national, où on pourra avoir connaissance des conditions requises pour être admis à concourir et de la nature des épreuves du concours.

Association des médecins de la Seine.—L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 3 avril, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des docteurs en médecine reçus pendant le mois de janvier (année scolaire 1891-92).* — Fournes : De la virulence du chancre simple et du bubon consécutif; de leur traitement par l'eau chaude. — Émily : Contribution à l'étude clinique des altérations de la peau chez les vieillards. — Rey : Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale pharyngée; des adénoïdies. — Dubosc : Étude sur l'emploi de quelques appareils plâtrés en chirurgie. — Buisine : Contribution à l'étude de l'érythème noueux et du purpura considérés spécialement dans leur rapport avec la tuberculose. —

(*A suivre.*)

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Semaine Sainte à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome (via Mont-Cenis), valables pendant trente jours: 1re classe, 250 francs, 2e classe 180, francs.

Billets délivrés du 3 au 12 avril 1892 inclusivement à la gare de Paris P.-L.-M.; dans les bureaux-succursales de la Compagnie: rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 8; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Etienne-Marcel, 18, et dans les diverses agences de voyages.

Ils sont valables pour tous les trains (express et rapides compris).

On trouve des prospectus détaillés à la gare de Paris et dans les bureaux-succursales et agences indiqués ci-dessus.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes de Pâques à Madrid.* — A l'occasion des cérémonies de la Semaine Sainte et des fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du midi de la France et du nord de l'Espagne, délivrera du 6 au 16 avril 1892, au départ des gares de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, des billets aller et retour de 1re classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de 200 francs, avec faculté d'arrêt: en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye; et, en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches, et la pseudophtisie pulmonaire d'origine calculeuse, par le Dr Poulalion, ancien interne des hôpitaux.

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Manuel pratique de médecine mentale, par le Dr G. Regis, professeur libre de maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris, prix Chateauvillard, 1886, 2e édition, entièrement revue et corrigée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 20 AU 26 MARS 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 30. — Grippe, 2. — Phtisie pulmonaire, 236. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 51. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54 — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 67. — Bronchite aiguë et chronique, 91. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 126. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 52. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 41. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 208. — Causes inconnues, . . — Total 1160.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 15 — 9 avril 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles Amat,
Médecin-major de 2e classe.

(*Suite*) (1)

Lésions pénétrantes. — Jusqu'ici, la conduite du chirurgien a été assez simple, son intervention armée s'est trouvée réduite, à moins de cas particuliers, à ses plus étroites limites. Mais voici que la situation se complique : le projectile a pénétré dans l'abdomen. Nous n'avons plus affaire à un cas tout à fait exceptionnel de plaie non pénétrante, mais, au contraire, au cas tellement fréquent qu'il est habituel, de plaie pénétrante. Quel traitement conviendra-t-il d'appliquer ?

Les débats sont loin d'être clos sur le meilleur mode de traitement des perforations traumatiques de l'abdomen. Les uns admettent comme démontré qu'une plaie pénétrante de l'abdomen est par cela même une plaie pénétrante de l'intestin, et que toute plaie de l'intestin est fatalement mortelle, si l'on ne va, par une incision pratiquée sur la ligne blanche, en suturer les bords; les autres croient, sur preuves, à la possibilité assez fréquemment reconnue de la guérison des perforations traumatiques de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif et mettent en avant la létalité plus grande résultant de l'intervention; d'autres, enfin, tout en admettant que plaies pénétrantes de l'abdomen et plaies pénétrantes du tube digestif doivent être regardées comme synonymes, se refusent à admettre qu'elles soient fatalement mortelles en dehors de l'intervention immédiate et sont partisans de l'expectation armée, c'est-à-dire du repos absolu, de la diète sévère, de l'opium, de la glace, de la compression uniforme de l'abdomen, de la laparotomie dès les premiers symptômes de péritonite. Les chirurgiens, on le voit, se divisent en interventionnistes et en abstentionnistes, auxquels les opportunistes servent de trait d'union.

Il n'est pas douteux que les raisons mises en avant de toutes parts, ont une grande valeur; cependant, la faveur a paru, pendant un certain temps, entraîner vers l'intervention immédiate. L'autorité des promoteurs, d'une part, et, de l'autre, l'apparence si logique de la thèse par eux soutenue, était absolument faite pour séduire. Comment ne pas admettre qu'il était tout indiqué d'aller ouvrir le ventre pour réparer à son aise un trou fait à l'intestin, par lequel les matières devaient sourdre, inondant la séreuse et déterminant une péritonite mortelle? Il semblait *a priori* que ce raisonnement si limpide ne pût soulever la moindre difficulté, et l'on s'étonnait presque qu'on n'eût songé à y recourir depuis les bienfaits de l'antisepsie.

On restera, malheureusement, fort longtemps à s'entendre si l'on veut s'obstiner à se tenir sur le terrain de la théorie sans descendre sur celui de la clinique. Et puisque nous avons vu, qu'en théorie même, le traitement a grandes chances de ne pas être univoque, à plus forte raison risquera-t-il d'être variable en pratique. Les plaies pénétrantes abdominales sont loin d'être identiques; s'il en est qui guérissent spontanément, d'autres restent au-dessus des ressources de l'art, d'autres sont justiciables de la laparotomie.

Guérison spontanée. Preuves cliniques. — Il n'est pas toujours aisé de faire le diagnostic de perforation intestinale. Si le blessé meurt, on constate à l'autopsie la réalité des lésions; mais s'il survit, on peut mettre en doute qu'il ait spontanément guéri d'une perforation de l'intestin. Cette fin de recevoir, par trop spécieuse, ne manque pas d'être mise en avant par les partisans systématiques de l'intervention. Il nous semble, cependant, que si, d'une part, nous prouvons la guérison spontanée des blessures pénétrantes de l'abdomen, étant donnée la coïncidence presque constamment observée de lésions intestinales; si, de l'autre, nous constatons le rétablissement parfait de sujets dont l'issue de gaz et de matières intestinales par la plaie, l'expulsion du projectile par l'anus, l'hématémèse et le melæna ont prouvé d'une façon indiscutable la réalité de la perforation; si, enfin, nous relevons quelques cas, où l'autopsie plus ou moins éloignée du blessé mort de maladie intercurrente, aura montré les vestiges de perforations oblitérées, nous aurons démontré que l'oblitération naturelle des perforations intes-

(1) Voir les numéros 11, 13 et 14.

tinales est un facteur clinique capable de peser sur notre décision, une terminaison assez fréquente pour qu'un chirurgien prudent ait le droit de compter sur elle.

A. — Allant du simple au composé, nous pouvons tout d'abord relever, dans la statistique dressée par Reclus (1), 26 cas de perforation abdominale avec 19 guérisons et 7 morts. Objectera-t-on que, dans ces cas de guérison, il n'y avait pas eu de lésion intestinale? Les coups de feu pénétrants simples sont très rares, si rares qu'ils ont été niés par maints auteurs. Si Stromeyer (2) et Otis (3) en ont observé, ce dernier les tient pour tout à fait exceptionnels et dit qu'ou bien en réalité le coup de feu n'était pas pénétrant, ou bien la lésion des organes a été si légère que l'occlusion rapide et la guérison spontanée ont pu se faire, et, comme preuves, il rapporte des observations de blessés morts ultérieurement de causes diverses et dont l'autopsie confirme sa double assertion. Le « Sanitäts-Berichts » (4) ne cite que 33 coups de feu pénétrants simples sur 1.600 coups pénétrants compliqués, et encore est-il permis de croire ce chiffre trop élevé, en raison des résultats douteux fournis par deux examens nécropsiques. Mac Guire (5) en aurait observé 4 cas vérifiés à l'autopsie. Beck (6) aurait observé 5 coups de feu pénétrants simples sur 73 coups de feu pénétrants compliqués. Parkes (7), dans ses recherches expérimentales, en constate 2 simples et 35 compliqués. Henko de Dorpat (8) en enfonçant une tige d'acier à travers l'abdomen, aurait obtenu 5 plaies simples sur 95 expériences. Körte (9), enfin, dépouillant 64 observations de laparotomie pour des coups de feu de l'abdomen, en note 5 sans lésion des organes. La mortalité des coups de feu pénétrants simples est importante, 33 à 40 p. 100; les dangers menaçants sont l'hémorrhagie et la péritonite.

Mais il suffit de nous rapporter aux recherches de Legouest (10), de Delorme (11) et de Chavasse (12), aux expérimentations de Reclus (13) qui, ayant fait porter son tir sur 38 cadavres et visé l'épigastre, l'ombilic, les flancs, les fosses iliaques a néanmoins atteint 37 fois la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, estomac, intestin grêle et gros intestin, pour conclure qu'une perforation intestinale est le corollaire à peu près obligé d'une plaie pénétrante de l'abdomen. M. Terrier (14) a pu objecter sans doute qu'on ne saurait, avec toute la rigueur scientifique voulue, conclure du vivant au cadavre où les aponévroses sont flasques, les muscles relâchés, les tuniques intestinales privées de l'irrigation sanguine et soustraites à l'influx nerveux. Si l'on s'adresse alors aux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen, suivies de laparotomie et de nécropsie, on peut voir que sur 124 cas 20 fois le tube digestif a été intact. Ce qui fait donc que dans ce cas, la perforation manquerait 12 fois sur 100, tandis qu'expérimentalement, elle n'avait fait défaut que 3 fois. Nous pensons avec Reclus que si ce dernier chiffre est un peu faible, le précédent est trop élevé, attendu que les observations sont surtout d'origine américaine et que, dans la période d'engouement, les opérateurs ont été jusqu'à employer la laparotomie pour diagnostiquer la pénétration au lieu de se contenter d introduire discrètement une sonde, de débrider la plaie, de la disséquer jusqu'au péritoine, d'y faire pénétrer un doigt bien aseptique comme se contentent de le faire beaucoup de nos meilleurs chirurgiens. En prenant un juste milieu, entre les deux pourcentages ci-dessus établis, nous croyons être dans le vrai, et cette proportion de 6 à 7 p. 100 est bien celle qu'exprime la statistique de Mac-Cormac (1), qui sur 30 laparotomies par coup de feu de l'abdomen, a trouvé 28 fois l'intestin perforé et deux fois seulement les viscères indemnes.

B. — La perforation intestinale peut encore être affirmée, en l'absence d'autopsie, par des signes cliniques indiscutables tels que issue de gaz et de matières intestinales par la plaie, expulsion du projectile par l'anus, melæna, hématémèse; ici encore on a pu observer d'assez fréquentes guérisons spontanées. Et, sans citer le cas d'Otis (2), le cas irrécusable de Guthrie (3) et de Constantin Kolpin (4) où un écoulement de bile vint prouver la blessure de l'intestin grêle, le cas non évident de Thompson (5) où l'on notait le passage des matières alimentaires, ceux encore de Volkmann (6), de Michaelis (7), on peut s'en rapporter à la statistique de Reclus (8) constatant que l'issue de gaz et de matières intestinales a été observée six fois et que les six malades ont guéri; que l'expulsion du projectile a été vérifiée sept fois et que les sept blessés ont survécu. Sur 21 blessés qui avaient présenté de l'hématémèse, 13 ont survécu et 8 sont morts. Le malœna constitué, tantôt par du sang rouge, tantôt par du sang noir, a été observé dans 7 cas, tous suivis de guérison. Et sur 15 cas de réaction péritonéale, preuve de l'ouverture du tube digestif, il n'a été relevé que 4 décès.

Nous savons bien que la valeur des signes qui précèdent a pu être mise en doute, et que partant de l'incurabilité spontanée, supposée démontrée, des blessures de l'intestin grêle, on a voulu rapporter à la lésion de l'estomac et du gros intestin les cas de guérison où les symptômes ci-dessus avaient été observés. Les preuves de guérisons spontanées des perforations par projectiles de petit calibre de l'estomac et du gros intestin sont trop brutales pour qu'elles n'aient pas dû être définitivement admises. Sans nous attarder à

(1) Reclus et Noguès. Trait. des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. (*Rev. de chirurg.*, p. 89, 1890.)
(2) *Loco citato.*
(3) *Loco citato.*
(4) *Loco citato.*
(5) Cité par Körte. Les blessures abdominales par les armes à feu; leur importance au point de vue de la chirurgie militaire; leur traitement. (*Bul. Kil. Wochens.*, 27 janvier 1890.)
(6) Chir. der Schussverletzungen. Fribourg, B., 1890.
(7) *Med. News*, 17 mai 1884.
(8) Cité par Körte. *Loco citato.*
(9) *Loco citato.*
(10) *Loco citato.*
(11) *Loco citato.*
(12) *Loco citato.*
(13) *Loco citato.*
(14) Soc. de chir. Séance du 13 février 1889.

(1) Quain's Dict. of. med., 1883. Pt. II p. 1429.
(2) *Loco citato.*
(3) Commentaires *Surgery*, 1855, Wounds and injuries of the abdomen, 1817.
(4) Cité par Reclus. *Loco citato.*
(5) Report after Waterloo.
(6) Cité par Reclus et Roguès.
(7) Cité par Reclus et Roguès.
(8) *Loco citato.*

signaler les observations des auteurs du siècle dernier, rappelons les faits plus récents de Reynier (1), de Masingue (2) et le cas que nous même avons eu tout récemment l'occasion d'observer, d'une issue heureuse, chez un enfant de 9 ans d'une perforation de l'estomac par balle de 7 millimètres.

C. — La possibilité de la guérison spontanée des perforations de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif est confirmée par les cas où l'autopsie, plus ou moins éloignée, d'un blessé mort de maladie intercurrente, a montré les vestiges de perforations oblitérées. Puisque nous avons admis la comparabilité des lésions par coup de couteau et par projectiles animés d'une très faible vitesse, on peut rappeler le fait si souvent cité du maniaque de Littre (2), à l'autopsie duquel on retrouva des cicatrices intestinales correspondant à des plaies faites par lame étroite dix-sept mois auparavant. Celui plus récent et tout à fait analogue de Périer (4) où Brouardel (5) trouve que les orifices de deux anses intestinales, oblitérés par des néo-membranes, se sont ouverts par déchirure des adhérences, donnant naissance à la péritonite longtemps après l'accident primitif. Celui plus récent encore de Reclus (6) où l'on trouve sur le jéjunum d'un jeune homme qu'on avait laparotomisé pour tarir une hémorrhagie menaçante, trois perforations qui n'avaient laissé passer dans l'abdomen, ni gaz, ni matières fécales, oblitérées par un bouchon muqueux, entouré d'une plaque jaune tomenteuse irrégulière, petit amas de fibrine et d'éléments embryonnaires vestiges d'adhérences commençantes, qui se rompirent et se déchirèrent en divisant l'intestin. Poncet (de Cluny) (7), a aussi constaté à l'autopsie d'un individu atteint d'un coup de feu et qui succomba à une affection thoracique, cent huit jours après l'accident, une double perforation de l'estomac parfaitement oblitérée. Ricard et Tuffier (8) ont également relevé à l'autopsie d'un jeune homme, frappé quinze jours auparavant d'un coup de revolver à l'épigastre, une plaie de l'estomac oblitérée par des adhérences et en partie rompue par l'extrême distention du viscère. Le fait cité par Socin (9) d'un soldat percé d'outre en outre pendant la guerre franco-allemande, que l'on ne soigne pas de sa blessure, dont on méconnaît la gravité et qui, mourant cinq mois après d'une maladie intercurrente, montre à l'autopsie deux perforations parfaitement cicatrisées ; celui de Deschamps, consigné dans la thèse de Masingue (10) relatif à un homme atteint d'un coup de revolver et qui meurt au dix-neuvième jour avec un épanchement séro-sanguin et de la péritonite, présentant deux perforations de l'estomac, avec adhérences en parties rompues ; celui de Rundle (11) relaté par Barnard (12) où la mort survenant par occlusion intestinale sept ans après une blessure par projectile, de 23 gr. 8, trouvé libre dans l'intestin, prouve bien la guérison spontanée possible des perforations stomacales et intestinales.

Sans nous attarder au cas si probant rapporté par Saint-Laurent (1), de cet officier, qui n'avait pas trace d'épanchement après avoir reçu une balle dans le ventre, dont les intestins adhéraient entre eux au point de s'opposer à l'issue des matières, sans insister aussi sur ce qu'a d'instructif le fait de Fleury (2) (de Clermont), rappelons-nous que, dans près des deux tiers des cas, les chirurgiens qui ont cru devoir intervenir pour des plaies du ventre ont remarqué l'absence d'inondation de la séreuse. Non seulement les matières fécales n'avaient pas fusé dans le péritoine, bien plus, la plupart des orifices anormaux étaient oblitérés par agglutination de leurs lèvres.

La guérison spontanée se fait parfois si bien, l'oblitération des perforations peut être si parfaite qu'un examen minutieux n'en laisse pas souvent découvrir le vestige, tel est le cas publié par Le Dentu (3), où il devint impossible de retrouver en quel point de l'estomac ou de l'intestin une fourchette enlevée par la laparotomie avait fusé dans le péritoine.

Les 26 cas de guérison de coups de feu de l'abdomen dont 19 ayant intéressé l'intestin grêle et 7 le gros intestin, rapportés par le « Sanitats-Bericht » (4) corroborent bien la démonstration clinique que nous avons cherché à établir de la possibilité de la guérison spontanée des plaies pénétrantes abdominales.

Disons enfin que, pendant la dernière guerre du Chili, le Dr Talavera (5), médecin en chef de l'un des hôpitaux de Valparaiso, a pu constater la guérison d'une blessure traversant le ventre et de trois du même genre au poumon. Elles avaient été produites par une balle de fusil Manlicher à répétition qui, d'après le chirurgien américain semble en traversant les parties molles faire l'effet d'un antiseptique : dans l'étendue de son trajet la blessure se referme en effet presque aussitôt sauf aux points d'entrée et de sortie où il se forme une croûte.

Preuves expérimentales. — La démonstration clinique de la guérison spontanée possible des perforations traumatiques de l'intestin est corroborée par l'expérimentation. Reclus (6) s'est appliqué à poursuivre la voie déjà tracée par Travers (7), Collin (8), Parkes (9) et à étudier sur le vif le mécanisme naturel de l'oblitération. Il a tiré des coups de revolver sur des chiens préalablement purgés, mais chez lesquels la brièveté relative de l'intestin, à tuniques musculaires épaisses, exposait plus particulièrement à la mort ainsi que Parkes l'avait antérieurement remarqué. Sur 9 chiens, 2 succombèrent à l'hémorrhagie, sans

(1) Congrès français de chirurgie, 1888.
(2) Thèse Paris, 1885.
(3) Observations sur des plaies du ventre. (Mém. de l'Acad. des sc., Paris, 1795, p. 32.)
(4) Société de chirurgie.
(5) Société de chirurgie.
(6) *Loco citato.*
(7) *Progrès médical*, 1879, p. 1.
(8) Société anatomique, mai 1881.
(9) Bull. soc. chirurgie, 1889, p. 290.
(10) *Loco citato.*
(11) *Med. Time and Gaz.*, 1866 t. 1.
(12) Des plaies de l'intestin par armes à feu. (Thèse Paris, 1888.)

(1) Des plaies de l'intestin par armes à feu. (Thèse de Paris, juillet 1887.)
(2) *Gaz. des hôpitaux*, 17 mars 1887.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 8 et 15 janvier 1887.
(4) *Loco citato.*
(5) *Journal de médecine de Bordeaux*, 24 janvier 1892. (Extrait de la *Medecine contemporaine.*)
(6) Troisième congrès français de chirurgie, 1888.
(7) On injuries of the intestines, p. 174.
(8) Cité par Reclus et Noguès.
(9) *Med. News*, 17 mai 1884.

qu'aucune des 4 perforations intestinales que présentait le premier et des deux que portait le second, eût laissé filtrer dans la séreuse gaz ou matières intestinales. Le projectile n'était, il est vrai, que de cinq millimètres, mais encore relativement gros par rapport au petit diamètre mesuré par l'intestin de l'animal. Des 7 chiens restants, 4 succombèrent à la péritonite, présentant un total de 16 perforations, soit une moyenne de 4 par animal. Il est à remarquer que la plupart d'entre elles étaient oblitérées et que l'autopsie ne releva la béance que d'un tiers et encore le passage d'un épanchement solide ou liquide fut-il très rarement observé. Des 3 chiens guéris, le premier sacrifié le sixième jour montre des cicatrices solides de l'estomac et de l'intestin grêle; le second, sacrifié quinze jours après, ne présente que des lésions de l'intestin, mais ici la déchirure de la cicatrice et des néo-membranes est plus solide encore. Le troisième fut soumis à un deuxième coup de feu dont il guérit également.

Par quel mécanisme peuvent se réparer les plaies de l'intestin ou de l'estomac et quelle est la cause qui empêche l'épanchement stercoral? Les procédés qu'emploie la nature sont assez nombreux, tantôt l'absence de parallélisme des lèvres d'une plaie stomacale dû à l'extrême mobilité et à la rétraction inégale des diverses tuniques, suffit, comme l'a montré Berger (1), à empêcher l'effusion péritonéale; tantôt un enroulement de l'épiploon a pu se faire autour d'une anse sectionnée et rétablir la continuité du canal, ainsi que l'a vu Theder (2); tantôt l'épiploon pénètre dans l'orifice anormal comme l'ont observé Jobert (3) (de Lamballe) et Baudens (4) et y forme un bouchon rentrant que nous opposerons au bouchon saillant, dû au renversement de la muqueuse intestinale plus souvent constaté. En s'insinuant à travers les lèvres de la plaie, cette dernière donne naissance à une petite saillie rougeâtre, véritable bouchon muqueux que Travers (5), Collin (6), Hinton (7) ont décrit à loisir. que Reclus (8), a étudié tout à son aise dans ses expérimentations et qu'avec Berger (9) et Peyrot (10), et Périer (11), il a pu étudier sur l'intestin vivant. Le rôle protecteur de cette hernie muqueuse a encore été signalé par Charvot (12), Bull (13), Hamilton (14), Verchère (15) et Braman (16), aussi est-on surpris de le voir mis en doute par Parkes (17) et Chauvel (18). Si ce dernier accorde

(1) Société de chirurgie, séance du 4 avril 1888.
(2) Cité par Reclus et Nogués.
(3) *Loco citato.*
(4) *Loco citato*
(5) *Loco citato.*
(6) *Loco citato.*
(7) *The medical Record*, 14 juin 1884.
(8) Trait. des pl. par armes à feu de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. (Paris, 1888.)
(9) *Ut supra.*
(10) Société de chirurgie, séance du 4 avril 1888.
(11) Société de chirurgie, séance du 4 avril 1888.
(12) Etude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen. (*Rev. chir.*, VI, p. 433.)
(13) *New-York med jour.*, 14 février 1888.
(14) *Journ. of amer med asso.*, 22 août 1885.
(15) Des plaies de l'intestin par armes à feu de petits calibre, clinique et thérapeutique. (*Rev. sc. méd.*, XXXII-I, p. 297).
(16) Du trait. des coups de feu à l'intestin grêle et du mésentère. (*Deut. med. Woch.*, XV. p. 636.)
(17) Contribution à l'étude des plaies de l'intestin. (Congrès de Washingt, 1882.)
(18) Soc. de chir., séance du 20 avril 1887.

qu'à la rigueur les perforations traumatiques par instrument tranchant puissent être oblitérées par une éversion de la muqueuse, il prétend que les déchirures par projectile restent béantes, en raison de l'inertie dont sont frappés les fibres musculaires paralysées. C'est ici qu'il est nécessaire de tenir compte de la vitesse dont sont animés les projectiles. Le savant professeur du Val-de-Grâce a certainement raison s'il considère les plaies faites à l'emporte-pièce à une distance rapprochée avec nos armes de guerre, mais nous le croyons dans l'erreur s'il envisage celles qui résultent de l'action des projectiles lancés d'une très grande distance, pourvus par conséquent d'une très faible vitesse restante. La puissance de pénétration est ici minime, il n'y a pas d'ébranlement notable. La vitesse dont sont animées les balles lancées par les revolvers du commerce peut être si petite que nous en avons vu une de 5 millim., tirée à bout portant, en nettoyant un revolver, se loger sous les teguments palmaires, en avant de la deuxième phalange de l'index de la main gauche.

Il est à remarquer enfin qu'en l'absence même de bouchon muqueux, l'inondation de la séreuse peut être prévenue par des adhérences précoces de l'anse blessée avec les parties voisines. Les recherches de Jobert (de Lamballe) (1), les faits observés par Baudens et Hunter (2) tendent à confirmer que le travail d'oblitération spontané est très avancé au bout de douze heures et que l'épanchement qui n'est pas survenu dans les deux jours ne se produira pas

La clinique et l'expérimentation viennent donc confirmer la possibilité de la guérison spontanée des perforations traumatiques de l'intestin par projectiles de petit calibre. Avec les projectiles de 8 millim. de nos armes de guerre non déformables, on pourra espérer la guérison spontanée quand le coup aura été tiré de très loin, au delà de 1 000 mètres, c'est-à-dire en dehors des prescriptions du tir individuel.

(A suivre).

THÉRAPEUTIQUE

LA SPERMINE DU PROFESSEUR POEHL (3)

Depuis que le professeur Brown-Séquard a fait connaître que les testicules d'animaux contiennent des substances « dynamogéniques » le professeur Poehl s'est mis à étudier la base de la spermine qui se trouve dans le sperme et dans les organes qui le contiennent. Le Dr Schreiner avait communiqué, en 1878, les recherches qu'il a faites sur la spermine et il donnait pour cette substance la formule C_2H_5N. — Ladenbourg et Abel ont cru à la possibilité d'identifier la spermine avec l'éthylène-imine. Le professeur Kobert a non seulement déclaré que ces deux corps sont identiques, mais il a même nommé le polymère de la spermine la diéthylène-imine (pipérazine) avec le terme non justifié de di-spermine. Le professeur Poehl a démonté que cette identification n'est

(1) *Loco citato.*
(2) *Loco citato.*
(3) Note communiquée à la Société des médecins de Saint-Pétersbourg; extrait du compte rendu de la séance du 26 février, traduit du russe par le Dr de G.

pas fondée et est basée sur l'analyse de Schreiner, qui n'est pas exacte. La formule rectifiée que Poehl donne pour la spermine est la suivante : $C^{10}H^{26}N^{4}n$ ($C^{5}H^{13}N^{2}$).

D'après ce qui précède il faut conclure qu'on ne peut guère remplacer la spermine par la pipérazine comme cela a été fait par la fabrique des produits chimiques Schering à Berlin.

Poehl indique quelques réactions pour la spermine. La plupart de ces réactions sont celles qui servent à reconnaître les alcaloïdes en général. Mais il y en a deux qui sont très caractéristiques et peuvent servir à reconnaître la spermine :

1° En ajoutant à une solution de spermine une petite quantité de chlorure d'or et une grande prise de magnésium métallique en poudre, il se dégage une odeur caractéristique de sperme humain frais.

2° La formation des cristaux de phosphate de spermine qui sont identiques avec les cristaux Charcot-Leyden.

Ces cristaux n'ont été trouvés que dans le sperme, dans le crachat des asthmatiques, dans le sang des personnes atteintes de leucémie et en général dans les sécrétions physiologiques. Le prof. Poehl est le premier qui ait pu les obtenir et les isoler de la spermine.

Il constate encore que la spermine se trouve non seulement dans les testicules et dans le sperme, mais dans tout l'organisme, bien qu'en quantité minime. L'apparition de la spermine sous forme de phosphate dans les crachats des asthmatiques s'explique aisément en partant de ce nouveau point de vue. Cela ne prouve pas l'abondance de ce corps dans l'organisme mais au contraire cela indique qu'une partie de la spermine se trouve ainsi soustraite par suite de transformation de la spermine soluble en forme insoluble phosphate de spermine. La perte de la spermine est la cause de la faiblesse de certains malades.

La glande thyroïde contient aussi de la spermine et le traitement de la « *cachexia strumipriva* » d'après Vassale par des injections d'une émulsion de cette glande a évidemment le même principe pour base que la méthode de Brown-Séquard.

En ce qui concerne la leucémie, Poehl explique l'apparition des cristaux de phosphate de spermine par le changement de la composition chimique du sang, dont la quantité de phosphates est doublée, et de la quantité de chlorure de sodium qui est diminuée de 50 0/0.

La spermine faisant partie normale de l'organisme, son emploi ne présente aucun danger.

Le Dr Roschinine a pu se convaincre sur plusieurs malades de son heureuse influence.

Son premier malade était un jeune homme de 24 ans, qui se plaignait depuis quelque temps d'une faiblesse très grande ne lui permettant pas de travailler aussi assidûment que d'habitude, d'une somnolence, d'impotence, d'amaigrissement progressif. Ses cheveux tombaient et les glandes sébacées secrétaient d'une manière exagérée.

Le Dr Roschinine a constaté que le malade était anémié, qu'il avait une gastrite, une entérite, que toute la peau, mais surtout le visage et la tête, étaient converts de plusieurs conches graisseuses et le dos d'acné. Dans l'enfance, il avait des habitudes d'onanisme. Il y a un an, il eut la fièvre typhoïde et il y a deux ans une pneumonie. Après la première injection de spermine la somnolence devint moindre et l'état général s'améliora.

Après plusieurs injections, la digestion et les fonctions génitales devinrent presque normales. Les acnés disparurent. La sécrétion des glandes tantôt a diminué tantôt augmenté après les injections. La même chose s'observa du côté de la chevelure. Les forces revinrent petit à petit et actuellement sa santé est dans un état parfait.

Son second malade, un lieutenant-général, était un hémiplégique. Il avait une paralysie et une contracture du membre supérieur gauche et une parésie du membre inférieur du même côté depuis deux ans. Etat somnolent. Les artères sont sclérosées. Les réflexes du membre inférieur sont exagérés. Fréquente envie d'uriner. Le Dr Roschinine lui a fait 15 injections à deux ou trois jours d'intervalle, après quoi il constata une amélioration notable. La contracture devint moins prononcée, l'état somnolent s'atténua. Le malade marche et se sent plus fort.

La troisième malade était âgée de 29 ans, paraplégique depuis six ans. L'étiologie de la paraplégie est méconnue. Le Dr Roschinine suppose qu'elle avait eu une méningite compliquée de myélite. Dans l'état actuel le côté droit est plus paralysé que le côté gauche. L'état général de la malade est satisfaisant. Elle avait été traitée par l'électricité et la suspension.

Le 3 décembre, le Dr Roschinine commence par faire des injections hypodermiques de spermine de Poehl et à la fin du même mois la malade pouvait déjà marcher en s'appuyant sur une canne.

Ensuite le Dr R. cite 2 cas de diabète traités par la spermine en injections. L'état des malades s'améliora, la quantité du suc dans l'urine s'abaissa. M. Roschinine ne pense pas que la spermine ait une action spéciale sur la production du sucre ; pour lui les injections agissent sur l'état général du malade.

En traitant les phtisiques par l'émulsion de Brown-Séquard et par la spermine, le Dr R. constate que ni l'une ni l'autre n'a aucune influence sur la bacille de Koch. En examinant les crachats après les injections on retrouve les bacilles. Mais l'état général s'améliore notablement, ce qui indique que ces médicaments ne sont pas à dédaigner dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Dans un cas de pneumonie double chez une femme de 84 ans, le Dr R. a eu recours aux injections de spermine. Le pouls se relève immédiatement. L'action stimulante de la spermine dans ce cas, sera bien accueillie par le monde médical. On ne sait que trop bien combien, dans le cours de la pneumonie, surtout chez les affaiblis, l'état du pouls est difficile à maintenir et que le collapsus chez les vieillards ne vient que trop souvent abréger cette maladie.

Le même effet a été constaté par le même médecin dans un autre cas de pneumonie chez un malade affaibli antérieurement à la suite d'une fièvre typhoïde.

L'action stimulante de la spermine a été observée encore chez un malade fortement affaibli par des vomissements d'origine inconnue.

Tout ces faits démontrent l'action stimulante et tonique de la spermine. Si l'émulsion de Brown-Séquard a une action plus énergique que la spermine, cette dernière préparation ne demande pas une asepsie aussi rigoureuse, elle est donc plus facile dans l'emploi thérapeutique.

Le Dr Schihareff a fait des expériences avec la spermine de Poehl dans la clinique de Valinkin, dont la plupart des malades sont des syphilitiques, et sur quelques malades du dehors dont la plupart étaient des neurasthéniques, des hystériques, des séniles, etc... Les conclusions sont les suivantes :

1° Les injections hypodermiques de la spermine du professeur Poehl, toutes précautions antiseptiques étant prises, ne provoquent aucune réaction locale;

2° La suggestion a fort peu d'influence sur les résultats obtenus;

3° La spermine est un médicament stimulant et tonique du système nerveux et peut-être aussi des cellules des autres systèmes;

4° La spermine relève la force musculaire dans les cas de débilité par les divers processus pathologiques et augmente la pression artérielle;

5° Sur les fonctions génitales, la spermine n'a pas une influence spéciale; elle agit en améliorant l'état général;

6° Dès la première injection, le malade ressent l'effet de la spermine; celle-ci ne relève les forces musculaires et n'augmente la pression artérielle qu'après 8 à 10 injections;

7° L'effet utile de la spermine se maintient pendant deux à trois mois;

8° Dans l'épilepsie, l'emploi de la spermine réclame de plus grandes précautions;

9° Le temps n'est pas encore venu de constater scientifiquement l'indication et la contre-indication dans la thérapeutique de la spermine; mais, en tout cas, c'est un médicament qui est digne d'attirer l'attention du monde médical.

Le chirurgien docteur Wiliaminoff, avant de faire 4 opérations très graves (hystérectomie combinée, extirpation du rectum, ovariotomie double, extirpation d'un goitre d'une grosseur du poing) sur des malades très affaiblies, qui, selon lui, ne pouvaient supporter ni le choc traumatique, ni la quantité de chloroforme nécessaire, leur fit 3 à 4 injections hypodermiques de spermine de Poehl avant l'opération. L'effet de la spermine se fit sentir avant l'opération, au courant de l'opération et après. L'état du pouls et du cœur était remarquable, quoique la quantité de chloroforme introduite eût été énorme (180 gr., 90 gr., 60 gr., 50 gr.). Le Dr Williaminoff a constaté que les mêmes opérations faites sur des sujets moins débiles ont été supportées moins facilement que celles-là. Il ne suppose pas que cela soit une simple coïncidence, tout en ne se permettant pas encore de tirer des conclusions de ces faits. Il veut seulement attirer l'attention des chirurgiens et les engage à faire des expériences avec la spermine de Poehl.

Le Dr Victoroff ayant largement expérimenté l'émulsion de Brown-Sequard et la spermine de Poehl, donne les conclusions suivantes:

1° L'effet de la spermine est identique à l'émulsion du Brown-Sequard; comme celle ci, elle agit sur les parties motrices de l'axe cérébro-spinal en augmentant la force des mains et des pieds, en régularisant les fonctions génitales, urinaires et les déjections; comme résultat subjectif: amélioration de la sensibilité générale;

2° Il faut supposer que la partie active de l'émulsion de Brown-Sequard est la spermine;

3° La spermine ne provoque aucune réaction locale.

REVUE CRITIQUE

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

S'il est un sujet banal et rebattu, c'est assurément celui dont l'énoncé est compris dans le titre qui précède. Cela veut-il dire que les différentes questions qui s'y rattachent ont reçu définitivement leur solution, et seront par conséquent désormais dépourvues d'intérêt? La discussion académique récemment engagée à propos de la thoracentèse nous autorise suffisamment à répondre par la négative. En fait, l'accord est loin d'exister, même parmi les médecins les plus autorisés, sur la valeur des diverses méthodes préconisées et usitées dans le traitement de la pleurésie. On retrouve même ici des divergences aussi profondes que celles qui ont si souvent éclaté à propos du traitement de la pneumonie. Un journal hebdomadaire s'est fait récemment l'écho de ces variations, en exposant avec impartialité les idées actuellement en cours dans les hôpitaux parisiens. On a pu constater ainsi quel écart il y a entre ces idées, et comment l'état de la science, en dépit de travaux extrêmement nombreux, est resté ici à peu près stationnaire. On a pu invoquer, pour expliquer cet état de choses, l'incertitude persistante de nos connaissances relativement à la nature de certaines pleurésies, incertitude regrettable à une époque où l'on se préoccupe avant tout des problèmes d'étiologie. La thérapeutique s'est ressentie de cette insuffisance de nos connaissances, et on peut croire qu'elle est destinée à tâtonner encore longtemps, jusqu'au jour où nos doutes seront définitivement fixés. Les progrès réalisés dans ces derniers temps par la bactériologie ont cependant ouvert une voie, qui dans cet ordre de faits, paraît devoir être féconde en résultats.

A l'heure présente les partisans de la ponction, considérée comme principal moyen d'évacuation des épanchements pleurétiques, représentent certainement la très grande majorité. Beaucoup moins nombreux sont les médecins qui, fidèles à la tradition, en sont restés aux pratiques plus modestes de la dérivation et de la révulsion. Les premiers peuvent revendiquer à l'appui de leur préférence le résultat immédiat et brillant que donne la thoracentèse, résultat auprès duquel les effets toujours contestables de la médication traditionnelle font une assez humble figure. Il y a pourtant des objections, dont les unes visent l'opportunité de la ponction pratiquée dès le début de l'épanchement, les autres certains inconvénients ou dangers qui seraient inhérents à cette opération. C'est précisément cette dernière face de la question que le rapport de M. Verneuil a remis sur le tapis l'autre jour. Notre maître a été amené incidemment à faire le procès de la thoracentèse, et il a renouvelé contre elle l'accusation, déjà formulée bien des fois, d'après laquelle on devrait la considérer comme responsable de l'accroissement du nombre des pleurésies purulentes. Appuyée par des voix également compétentes, cette proposition acquiert, du fait même de l'autorité de ses adhérents, une importance qu'on ne saurait méconnaître. D'ailleurs elle n'est pas nouvelle et nous tenons de l'un des meilleurs élèves du regretté professeur Gubler, que ce maître faisait volontiers le procès de la ponction, à laquelle il reprochait de nombreux méfaits. La question est de savoir si elle est fondée et si l'on doit à l'avenir circonscrire beaucoup plus étroitement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour le cercle des indications qui peuvent servir de prétexte à l'intervention du trocart.

La réponse est fournie par l'observation clinique, l'arbitre souverain dans tous les débats de cette catégorie. Que l'on consulte les différentes statistiques publiées, en particulier celle que M. Dieulafoy est venu lire et commenter devant l'Académie, avec l'autorité qui lui appartient, et on pourra se convaincre du peu de fondement des critiques dirigées contre la ponction. Dans l'énumération de M. Dieulafoy, il s'agit d'un

total de près de 400 cas de thoracentèse sur lesquels on n'a pu relever un seul fait de purulence à la suite d'une première et d'une seconde évacuation. Un assez grand nombre de ces cas remonte déjà à douze ou quinze ans, c'est-à-dire à une époque où les préceptes de l'antisepsie n'étaient pas entrés dans la pratique journalière comme ils le sont aujourd'hui. On ne peut de toute évidence attribuer à une coïncidence ou bien aux hasards d'une série, cette succession magistrale de près de 400 ponctions. L'argument tiré de la coïncidence devrait plutôt s'appliquer aux cas rapportés par les détracteurs de la thoracentèse, le nombre de ces cas étant extrêmement restreint par rapport à celui que représente la statistique de M. Dieulafoy. Et si nous avions nous-même qualité pour intervenir dans le débat, nous dirions que, sur un théâtre plus modeste, et avec une pratique beaucoup plus limitée, nous avons toujours vu la thoracentèse maintenir la qualité primitive des épanchements séro-fibrineux de la pleurésie franche, même après cinq ou six ponctions successives. Dès lors notre conviction est faite, et nous pensons qu'elle est conforme à celle de la grande majorité des cliniciens, qui observent les choses sans idées préconçue. D'ailleurs nous n'entendons pas nier la possibilité d'une transformation purulente de la pleurésie après la thoracentèse. Mais il s'agit là de cas particuliers, justifiables d'une tout autre interprétation. Vraisemblablement on peut considérer ces cas comme des faits de pleurésie d'origine infectieuse dans lesquels l'exsudat pleural tend spontanément à devenir purulent. Les recherches bactériologiques nous ont fourni des notions très précises sur l'origine de ces cas, et nous savons maintenant que la présence de tel et tel micro-organisme dans la cavité séreuse mène fatalement à la suppuration. Ces notions sont récentes, et on peut craindre qu'elles n'aient pas encore suffisamment pénétré dans la foule des médecins.

On pourrait, d'autre part, demander aux détracteurs de la ponction la preuve clinique et matérielle de leur opinion. Or, cette preuve n'est pas facile à fournir et, à son défaut, on a dû procéder par une sorte d'induction, en se conformant simplement à l'adage classique : *Post hoc, ergo propter hoc*. Cette manière de raisonner est sujette à caution et peu en rapport avec le besoin de précision qui caractérise notre époque. L'argument tiré de la plus grande fréquence actuelle des épanchements purulents, ne repose peut-être que sur une apparence, car on ne peut nier que le diagnostic de cette maladie se fait beaucoup mieux aujourd'hui qu'à l'époque déjà lointaine à laquelle se rapportent les souvenirs de ceux dont nous discutons ici l'opinion. Il nous arrive ainsi fréquemment de soupçonner et de découvrir la purulence là où nos prédécesseurs n'auraient probablement vu et traité que de simples épanchements fibrineux. D'un autre côté, si on se place au point de vue de la pathologie générale, on y trouve des exemples plutôt favorables à la thoracentèse. Ainsi, on ne voit guère la ponction même répétée de l'hydrocèle être suivie de la suppuration de la tunique vaginale, ou bien l'évacuation directe du liquide de l'hydarthrose du genou aboutir à la formation de pus dans la grande synoviale. Il va sans dire que nous supposons ici l'intervention préalable de l'antisepsie avec toute sa rigueur. Dans un ordre de faits très voisin, on ne voit pas davantage le liquide ascitique se transformer en pus après la paracentèse de l'abdomen. Ce dernier exemple nous paraît bien choisi, précisément parce qu'il représente un des cas les plus fréquents de la pratique. Or, ces cas sont tout à fait comparables à celui de la thoracentèse; il s'agit, dans l'un et l'autre, d'une séreuse enflammée à laquelle on cherche à soustraire mécaniquement le produit de son exsudation. Il n'y a pas de raison pour que la ponction thoracique, exécutée avec toutes les conditions de propreté exigibles, fasse en quelque sorte exception et devienne, par un fâcheux privilège, la porte d'entrée de germes infectieux que l'on évite si facilement.

Pour clore le débat, nous dirons que la thoracentèse, telle qu'elle est pratiquée depuis déjà bien des années, doit être considérée comme une opération essentiellement clinique et inoffensive. Est-il nécessaire d'ajouter, une fois de plus, qu'elle n'est qu'une opération purement palliative, ne pouvant nullement prétendre au rôle de méthode curatrice, dans l'acception véritable du mot? Son intervention ne peut avoir qu'un effet simplement mécanique, savoir l'évacuation immédiate d'une sécrétion pathologique vis-à-vis de laquelle les agents médicaux proprement dits (révulsifs, diurétiques) sont depuis longtemps convaincus d'impuissance. Seulement on peut se demander s'il ne serait pas possible d'accentuer son efficacité, de la compléter en quelque sorte, en lui adjoignant une autre opération propre à modifier dans un sens favorable la séreuse enflammée. Dans cet ordre d'idées, on a proposé récemment et pratiqué le lavage antiseptique de la cavité pleurale. Des essais ont été déjà tentés dans ce sens: nous citerons particulièrement ceux de notre collègue Juhel Renoy, qui en aurait retiré des résultats favorables, dans un nombre de cas malheureusement trop restreint pour autoriser des conclusions fermes. Il y a là une voie à explorer et nous serions disposé, le cas échéant, à nous y engager. Peut-être arriverait-on ainsi à empêcher les récidives et la reproduction si souvent constatée des épanchements, c'est-à-dire à supprimer la principale objection que l'on a opposée à l'opportunité de la thoracentèse. Ce que nous savons des bons effets du lavage vis-à-vis d'autres affections plus ou moins similaires, hydarthrose, ascite, autoriserait suffisamment des essais en faveur desquels on pourrait invoquer, par surcroît, l'innocuité complète des pratiques employées. Naturellement, il ne s'agit ici que de la pleurésie simple, dite franche, idiopathique, et non de la pleurésie purulente d'emblée, vis-à-vis de laquelle les irrigations antiseptiques s'imposent comme une inévitable nécessité.

P. Muselier.

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE DE L'ALIMENTATION.

Dans le traitement de beaucoup de maladies le régime alimentaire a une importance considérable, prépondérante quand il s'agit d'une affection gastro-intestinale. Deux facteurs principaux entrent en jeu : la facilité plus ou moins grande avec laquelle les aliments sont digérés, la durée plus ou moins longue de leur séjour dans l'estomac. Ce dernier point est surtout important à connaître chez les sujets qui souffrent de troubles digestifs ou généraux en rapport avec un défaut de motricité de l'estomac. Or, grâce à l'emploi de la sonde stomacale, nous sommes aujourd'hui en mesure de nous renseigner d'une façon précise sur la durée du séjour des différents aliments dans l'estomac, à l'état de santé et à l'état de maladie. Des recherches méthodiques sur ce point ont été faites dans ces derniers temps par différents auteurs.

Ainsi par M. Croce, qui (dans sa thèse inaugurale, Erlangen 1889), annonce les résultats suivants, que nous empruntons à un journal viennois (*Medicinish-chirurgische Rundschau*, 1892, n° 4, p. 142.)

La durée du séjour dans l'estomac a été de :

1	heure	55	minutes	pour	les pommes
2	—	0	—	—	cerises cuites
2	—	15	—	—	cerises crues
2	—	5	—	—	pommes de terre cuites
2	—	30	—	—	pommes de terre en purée
2	—	20	—	—	choux-fleurs cuits
2	—	30	—	—	pain bis
2	—	40	—	—	radis
2	—	50	—	—	biscuits
3	—	—	—	—	carottes
3	—	30	—	—	épinards
3	—	55	—	—	haricots verts
4	—	—	—	—	Lentilles et pois.

Une heure après l'ingestion des aliments, le contenu de l'estomac a presque toujours été trouvé à l'état de bouillie, et cette consistance augmentait dans la suite. L'évacuation de ce contenu ne se faisait pas en une fois, ainsi que le prétend Richet, mais d'une façon progressive.

— M. Rosenheim (*Pathologie und Therapie der Verdauungs Krankheiten*, 1890), qui a fait des recherches analogues, a trouvé pour la durée du séjour des aliments dans l'estomac :

1	heure	—	minutes	pour	le riz
1	—	30	—	—	œufs crus
1	—	45	—	—	viande de cerf, cuite
2	—	—	—	—	lait cru
2	—	—	—	—	pain
2	—	30	—	—	haricots
2	—	30	—	—	pommes de terre
3	—	—	—	—	huîtres
3	—	—	—	—	poissons
3	—	—	—	—	œufs à la mollet
4	—	—	—	—	rôti de porc
4	—	—	—	—	rôti de bœuf
4	—	—	—	—	pain bis
5	—	—	—	—	choux
5	—	—	—	—	œufs durs

— A. Eichenberg (*Vierteljahrschrift fur offent-Gesundheitospflge*, t. XXII, supplém. 1891) a étudié l'influence qu'exerce sur la rapidité de la digestion stomacale l'addition aux aliments d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique ou d'alcool. L'auteur a fait ses expériences sur sa propre personne, en se servant de la sonde stomacale. Il a constaté que l'addition d'une quantité convenable d'acide chlorhydrique abrège la durée de la digestion stomacale de 10 0/0 environ; que l'ingestion d'une quantité d'alcool ne dépassant pas 50 c. c. et dilué, produit le même résultat; que l'ingestion de quantités relativement considérables (1 litre) de vin ou de bière a été sans influence accélératrice très nette; le poivre et le condurango ont une action de même nature, mais beaucoup moins prononcée; la teinture de rhubarbe a été sans influence aucune; l'ingestion d'un litre et demi d'eau a eu pour effet de prolonger assez notablement la durée du séjour des aliments.

— Une opinion très répandue représente le fromage comme un aliment qui, ingéré à la fin d'un repas copieux, facilite la digestion. Des recherches faites par von Kleuse (*Allgemeine medic. Central-Z. itung* 1891), ont donné des résultats qui contredisent cette opinion, en apparence du moins, car il s'agit d'expériences de digestion artificielle : 50 c. c. de suc gastrique extrait d'un estomac frais de porc, et additionné de 3 c. c. d'acide chlorhydrique, étaient mélangés avec 1 gramme de fromage. Sitôt que le fromage paraissait être dissout, on notait le temps écoulé depuis le commencement de l'expérience, on desséchait la masse, on la pesait, et d'après le poids du résidu on déterminait la quantité de fromage qui avait été digérée ou dissoute. Ces expériences ont donné les résultats suivants : dix-huit variétés de fromages ont été examinées. Le chester et le roquefort étaient digérés au bout de quatre heures, le fromage d'Emmenthal, de Gorgonzol, de Neuchâtel au bout de huit heures, le fromage de romadour au bout de neuf heures, le fromage de Kottemberg, le fromage de Brie et la plupart des autres variétés au bout de dix heures; les fromages secs de Suisse étaient peu digérés au bout de ce temps.

Etant donné qu'un estomac qui fonctionne normalement digère et se débarrasse de son contenu en quatre ou cinq heures, l'auteur croit pouvoir conclure des résultats de ses expériences, que toutes les variétés de fromages, à l'exception des premières nommées, sont d'une digestion difficile.

— Quelle est au juste l'influence exercée sur la digestion stomacale par l'alcool ingéré en petites quantités? C'est là une question qui est encore très controversée : pour l'élucider, un médecin russe, M. Blumenau (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, n° 9, p. 504) a fait des expériences sur 5 sujets bien portants dont l'âge était compris entre 22 et 24 ans. Tous les cinq ont été mis à un régime identique. Leur ration alimentaire se composait de 500 grammes de soupe, d'une côtelette du poids de 90 à 100 grammes et de 220 à 225 grammes de pain demi-blanc.

De plus, douze à vingt minutes après le repas, on leur faisait ingérer 100 cc. d'une boisson contenant 25 à 50 0/0 d'alcool. On s'était renseigné préalablement sur la durée de la digestion stomacale chez les sujets en expérience, par l'examen d'échantillons du contenu de l'estomac extraits une, deux, trois, quatre et cinq heures après les repas. Ces examens, cela va de soi, ont été continués pendant la période d'expérimentation proprement dite. Chez deux sujets, on s'est enquis en outre de l'action de l'alcool sur l'estomac à l'état de vacuité.

Résultats : 1° l'ingestion à jeun de 100 cc. d'un liquide contenant 25 à 50 0/0 d'alcool a eu pour conséquence de stimuler la fonction sécrétoire de la muqueuse de l'estomac; ce résultat, selon toute vraisemblance, était dû en partie à l'excitation directe de la muqueuse par l'alcool, en partie à une action à distance exercée sur les centres d'innervation;

2° Pendant les deux ou trois premières heures qui suivent l'ingestion de la boisson alcoolique, la digestion stomacale est ralentie, il y a diminution de l'acidité totale du suc gastrique et de la proportion relative d'acide chlorhydrique, par suite de quoi le pouvoir peptonisant du suc gastrique est amoindri.

3° Pendant les quatrième, cinquième et sixième heures qui suivent l'ingestion de la boisson alcoolique, la sécrétion acide augmente, et vers la cinquième heure de la digestion, la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique devient environ double de ce qu'elle est dans les circonstances normales.

4° Malgré cela, l'ingestion de l'alcool exerce une influence défavorable sur l'activité motrice et le pouvoir résorbant de l'estomac.

5° Chez les sujets qui ne font pas un usage habituel des boissons alcooliques, les effets mentionnés aux paragraphes 2 et 3 sont beaucoup plus prononcés.

Un résultat qui a été constaté d'une façon constante, dans toutes les expériences, s'est traduit par une gêne relative de la digestion, même quand l'alcool était ingéré à doses modérées. De même, M. Blumenau a pu constater la présence de l'acide lactique libre dans le contenu de l'estomac, alors que ce principe manquait quand le sujet était sevré d'alcool.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE

L'azote dans les eaux minérales, par le Dr Mazery. (Thèse pour le doctorat.)

Intéressante monographie de l'azote considéré dans la physiologie végétale et animale. On connaît bien aujourd'hui le rôle considérable de l'azote dans la végétation. Celui qui lui revient parmi les évolutions complexes de la nutrition animale est moins bien déterminé. Cependant il ne serait plus possible de ne lui laisser qu'une part négative, où de ne voir en lui qu'un modérateur de l'oxygénation. Toute cette étude, très bien présentée par M. Mazery, ne met pas encore sur la voie de l'utilisation thérapeutique de ce gaz.

L'action sédative, et particulièrement sédative de l'innervation, est celle qui ressort le plus nettement de son emploi expérimental ou clinique. Quelles applications peut-on en faire à la médication thermale?

On sait que l'azote existe dans un très grand nombre d'eaux minérales, en quantité négligeable en apparence, mais quelquefois aussi dans des proportions notables; c'est surtout dans la région pyrénéenne que sa présence a fixé l'attention des observateurs. Sur le versant nord des Pyrénées, ou français, il ne se montre qu'en compagnie d'un principe sulfureux de forme quelconque. Mais sur le versant sud, ou espagnol, il domine absolument dans certaines eaux minérales considérables, mais, à part cela, d'une minéralisation très faible et très peu significative.

Le type de ces eaux est Panticosa. La plupart des médecins espagnols rapportent formellement à l'azote l'action thérapeutique de ces eaux, action essentiellement sédative, et spécialement de l'appareil respiratoire. Ils considèrent que l'on doit admettre dans la classification des eaux minérales une classe d'eaux azotées, comme on y reconnaît une classe d'eaux sulfurées.

Les hydrologistes Français ont jusqu'ici résisté à cette proposition. Il est vrai qu'il ne se rencontre pas, en France au moins, d'eaux essentiellement azotées, comme dans les Pyrénées espagnoles. Ils n'ont pas réussi à reconnaître une participation effective de l'azote dans l'action des eaux dites indéterminées, eaux balnéaires, telles que Néris, Bagnères de Bigorre (source du Salut), Baden en Argovie, Schlangenbad en Allemagne, etc. Non content d'attribuer à l'azote les qualités sédatives de ces eaux et de leurs analogues, on a été jusqu'à revendiquer pour ce gaz les actions spéciales des sulfurées sodiques. Mais sans nier que l'azote puisse exister utilement dans ces dernières, et qu'il ne puisse exercer une action sédative à côté de l'action spéciale, et plutôt excitante, des principes sulfureux, on a pu faire remarquer que les sulfurées calciques, riches en gaz carbonique, et généralement pauvres en azote, exercent, au moins dans une grande partie de leurs applications aux affections catarrhales quelconques de l'appareil respiratoire, des actions à peu près identiques à celles des sulfurées sodiques.

Il y a là un sujet d'études très intéressant, susceptible certainement d'une solution, qui n'est pas encore intervenue, et à laquelle la thèse de M. Mazery fournira d'utiles éléments.

Les eaux minérales de Jouannette. (Maine-et-Loire), par le Dr George Lachèse. — Thèse pour le doctorat.

Les sources de Jouannette appartiennent à la station de Martigné-Briant dont elles feraient mieux, il me semble, de garder le nom, plus connu. Ce sont des eaux froides, faiblement minéralisées (0 gr. 60), et classées parmi les ferrugineuses. La source consacrée à la boisson contient 0 gr., 0 40 de carbonate de fer. Les prédominances à côté sont : le sulfate de soude (0 gr., 228), et le chlorure de sodium (0 gr., 139). Elle est plus pauvre en bases sodiques qu'en bases calciques ou magnésiques, et parait assez effervescente. On ne saurait dire avec M. Lachèse que ce soit une eau *très chlorurée*. Quant au sulfate de soude, je ne saisis pas bien l'importance que l'auteur parait attacher à son association, à une semblable dose, avec le fer. L'eau de Jouannette est sans doute une excellente eau ferrugineuse, mais ne parait pas devoir se distinguer particulièrement des autres eaux de cette classe, dont les attributions sont bien connues.

Etude sur les bains de mer du littoral hollandais, par le Dr Willem Francken. — Thèse pour le doctorat, 1890.

Cette thèse contient sur la pratique des bains de mer, sujet traité si légèrement par beaucoup de médecins et surtout par le public non médical, des préceptes fort sages, et qui devraient être plus familiers à ceux qui prescrivent et à ceux qui prennent ces sortes de bains.

Des bains de mer en hiver dans le traitement de la scrofule, par le Dr Bourcart. — Thèse pour le doctorat.

Un traitement de la scrofule réclame, pour être de quelque efficacité, une continuité et une durée en rapport avec le caractère particulier et profondément diathésique de la maladie.

Si le traitement marin lui convient, il faut assurer à celui-ci une durée et une continuité suffisantes.

Le traitement marin se compose de deux éléments : la respiration de l'air marin et le bain de mer.

Il devra donc, pour produire tous les effets que l'on peut en attendre, être pris dans des conditions qui se prêtent à une inhalation et à une balnéation suffisamment prolongées et continues, pendant le temps nécessaire pour obtenir une modification effective de la constitution.

Telles sont les idées très justes que développe M. Bourcart, et dont il serait à désirer que tout le monde fût pénétré. Mais les pratiques qu'elles comportent ne sauraient être réalisées près de nos plages du Nord, qui cependant ont été jusqu'ici exclusivement réservées à ces sortes de traitement.

Par exemple, le choix de Berck (Pas-de-Calais) pour le vaste établissement hospitalier que la ville de Paris y a institué est tout à fait regrettable, et ne saurait se justifier que par la proximité relative de la capitale, cet établissement

n'ayant visé que l'Assistance publique de Paris. Cette institution a rendu des services incontestables, mais assurément très inférieurs à ceux qu'on aurait obtenus dans d'autres conditions climatériques et topographiques.

Ceci paraît bien reconnu aujourd'hui, et de nombreuses installations ont été créées en vue du traitement de la scrofule, ou sont en voie de création, sur nos plages de l'Ouest et du Midi, infiniment mieux appropriées à un semblable traitement.

L'auteur de cette thèse considère Cannes comme le lieu d'élection des sanatoria de ce genre et présente une sorte de monographie de cette station, que l'on pourra trouver marquée d'un peu de partialité.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CLIMATHÉRAPIE EN FRANCE par le Dr ALEXANDRE KLEIN. — (Thèse pour le doctorat.)

Cette thèse, où l'on trouvera un bon exposé de la climatologie de la France, et particulièrement de ses régions côtières, et qu'accompagne une série de cartes et de relevés statistiques, empruntés au bureau météorologique de France, pourrait être regardée comme un complément de la précédente. L'auteur considère également comme essentiels, pour qu'un climat soit par lui-même favorable aux conditions diathésiques auxquelles se rattachent la scrofule, et la tuberculisation pulmonaire, que ce climat se prête à un séjour prolongé qui permette à ces conditions morbides de se modifier effectivement.

C'est en Bretagne qu'il rencontre les qualités climatériques nécessaires : « Jusqu'ici, dit-il, on a créé en France des hôpitaux : A Berck, où l'hiver est très dur ; à Arcachon, où l'été est très chaud et où l'hiver est plus dur qu'en Bretagne; à Banyuls, où l'été est torride. Mais on n'a créé en Bretagne qu'un seul établissement et d'importance minime, à Pen-Bron. Il nous semble qu'il y a là une erreur de direction dans la mise à exécution des idées d'hygiène thérapeutique modernes. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il serait intéressant de recueillir et de publier un certain nombre de faits destinés à mettre en évidence, par des chiffres, l'importance climatothérapique des régions de Bretagne. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE DES ALTITUDES, par le Dr RESTREPO. — (Thèse pour le doctorat.)

Ce travail a pour objet particulier l'étude de la tuberculisation pulmonaire dans ses rapports avec le climat et les races, au plateau de Bogota.

Le plateau de Bogota, capitale de la Colombie, d'une altitude de 2.650 mètres, ne participe pas à l'immunité attribuée par beaucoup d'auteurs, après Jourdanet et Lombard, aux grandes altitudes, relativement à la phthisie pulmonaire.

Si le séjour de Bogota paraît assez favorable aux phthisies développées dans les régions basses, la phthisie pulmonaire s'y observe fréquemment dans la population indigène, pauvre et vivant dans de très mauvaises conditions hygiéniques : on remarque seulement dans l'évolution anatomique de la tuberculose, pulmonaire ou autre, quelques particularités qui la différencient un peu de la tuberculose européenne.

Cette thèse est une étude très développée et très complète de géographie médicale qui fait honneur à son auteur.

Dr MAX DURAND-FARDEL.

BULLETIN

Académie des sciences. — La vaccination des chiens contre la tuberculose.

Académie de médecine : Méphitisme et septicémie puerpérale. — Influence des ponctions sur la transformation purulente des épanchements pleuraux. — Traitement de la pleurésie chez les enfants.

S'il est une maladie contre laquelle on doit souhaiter de trouver une vaccination préventive, c'est certainement la tuberculose. Les recherches poursuivies dans ce but ont été jusqu'à présent stériles ; ce n'est pas une raison pour se décourager. C'est ce qu'ont pensé MM. Ch. Richet et J. Héricourt. Mettant à profit l'antagonisme que l'on suppose entre le bacille de la tuberculose aviaire et celui de la tuberculose humaine, ils ont cherché, par l'inoculation du premier, à empêcher l'évolution du second. L'expérience, qui avait déjà donné des résultats contradictoires chez le cobaye et le lapin, a échoué chez le singe. Elle a été renouvelée avec plus de succès chez le chien. Par des inoculations de tuberculose aviaire, MM. Richet et Héricourt sont arrivés à rendre cet animal réfractaire à la tuberculose humaine. Si le fait se confirme, l'antagonisme entre les deux tuberculoses serait définitivement démontré et, comme le bacille aviaire paraît à peu près inoffensif, on entrevoit la possibilité d'une vaccination efficace contre la tuberculose. Reste à savoir si l'homme offrirait à cette vaccination un terrain aussi favorable que le chien ou tel autre mammifère. Ce sera à l'expérimentation ultérieure de prononcer. Dans tous les cas, les résultats obtenus par MM. Richet et Héricourt sont intéressants à enregistrer.

— M. Béchamp, depuis quelque temps déjà inscrit pour prendre la parole dans le débat soulevé par la communication de M. Guéniot, sur le rôle du méphitisme dans la genèse de certains cas d'infection puerpérale, se range à l'avis de MM. Alphonse Guérin : pour lui, comme pour son collègue, il faut, chez l'accouchée, un traumatisme, une plaie quelconque pour que la septicémie puerpérale se produise. Et, si l'on peut admettre que le méphitisme de l'air ambiant constitue une condition favorable à l'infection, en facilitant la transformation des microzymas physiologiques en vibrions septiques, c'est, en définitive, comme l'a dit M. Guéniot lui-même, dans l'appareil génital, spécialement dans l'utérus de l'accouchée, qu'il faut chercher la porte d'entrée de l'agent infectieux.

— Dans la précédente séance de l'Académie, MM. Verneuil et Hardy avaient attribué la fréquence plus grande des pleurésies purulentes observées de nos jours à la pratique de plus en plus répandue de la thoracentèse. On devait s'attendre à ce que M. Dieulafoy vînt défendre une opération à l'extension de laquelle il a si fortement contribué. Laissant de côté toute discussion théorique, notre savant collègue est resté sur le terrain exclusif des faits, et il faut bien reconnaître que la statistique qu'il a produite est un argument décisif. En effet, sur près de 400 thoracentèses pratiquées par lui ou sous sa direction, tant à l'hôpital que dans sa clientèle privée, pour des pleurésies séro-fibrineuses ou hémorrhagiques, il n'a pas vu une seule fois la transformation de l'épanchement en épanchement purulent. Si cette transformation a été observée ailleurs, ce n'est donc pas la faute de la méthode, mais celle de l'opérateur.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que certaines pleurésies, qui fournissent à la première ponction un liquide séro-fibrineux en apparence de bonne nature, sont déjà en voie de devenir purulentes. Si, en effet, on étudie attentivement ce liquide au point de vue histologique et bactériologique, on le trouve riche en globules rouges (phase initiale de la purulence), ou on y découvre les microbes habituels de la suppuration. Dans ces cas ce n'est pas la thoracentèse qui a provoqué la purulence : elle a été faite simplement à une phase peu avancée de l'évolution d'une pleurésie primitivement purulente.

Abordant un second point soulevé par M. Hardy, qui avait dit que la thoracentèse doit être réservée pour les cas d'urgence, quand il y a une suppuration imminente, M. Dieulafoy ajoute que l'indication d'urgence de la thoracentèse doit se tirer, non de la dyspnée, qui fréquemment fait défaut, mais de la quantité du liquide épanché Quand l'épanchement atteint ou dépasse 1.800 grammes environ, qu'il y ait dyspnée ou non, la thoracentèse s'impose, parce que le malade est sujet à mourir subitement de syncope. M. Dieulafoy en rapporte deux exemples de sa pratique et en cite bien d'autres empruntés à différents auteurs.

M. Verneuil, tout en félicitant M. Dieulafoy de son heureuse statistique, est disposé à croire qu'entre les mains de bon nombre de praticiens moins habiles, et prenant moins de précautions antiseptiques que son collègue, la thoracentèse amène souvent la purulence de l'épanchement séro-fibrineux. Quant aux cas suspects dont a parlé M. Dieulafoy, et dans lesquels une analyse attentive du liquide épanché permet de reconnaître une évolution suppurative, il serait intéressant d'en rechercher et d'en établir la proportion. Quoi qu'il en soit, il est certain, MM. Verneuil et Hardy insistent sur ce point, que les pleurésies purulentes sont plus fréquentes aujourd'hui qu'il y a vingt ans.

MM. Dieulafoy et Dujardin-Beaumetz reconnaissent l'exactitude de ce fait, mais, au lieu de l'attribuer à la fréquence de la thoracentèse, ils le considèrent plutôt comme la conséquence d'une modification dans la constitution médicale, ou ce qu'on pourrait appeler la constitution microbienne. On a vu de même, en effet, sous l'influence des épidémies de grippe, les otites suppurées, les pneumonies infectieuses, les pleurésies métapneumoniques, etc, devenir plus fréquentes. Il semble, dit M. Dieulafoy, « que les microbes, alors que nous les connaissons mieux, mettent une certaine coquetterie à être ou plus nombreux ou plus virulents ».

Il y a là une vérité incontestable ; les constitutions médicales se transforment d'une époque à un autre, en même temps que les conditions des milieux, en donnant à cette dernière expression le sens le plus large possible. Il est probable que s'il vivait encore, Bouillaud renoncerait de lui-même à traiter la pneumonie actuelle par la saignée coup sur coup, méthode qui, autrefois, lui a donné des succès indéniables. Mais, tout en faisant la part du changement dans les allures de certaines maladies, en particulier de la pleurésie, puisqu'il s'agit de celle-ci, il nous paraît difficile de ne pas mettre sur le compte de la thoracentèse la transformation purulente de bon nombre d'épanchements et, s'il faut incriminer moins la méthode que les opérateurs, le fait n'en existe pas moins. Aussi, ne saurait-on trop préciser, à l'exemple de M. Dieulafoy, les indications de cette opération.

M. Ch. West, de Londres, correspondant étranger de l'Académie, a répondu à ce désidératum en ce qui concerne la pleurésie des enfants. Il a résumé son opinion et sa pratique dans les propositions suivantes :

« 1° Les pleurésies purulentes d'emblée sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants au-dessous de 12 ans, que chez l'adulte.

« 2° Si, dans une pleurésie franche, la résorption n'a pas commencé au bout de huit jours au plus tard, la ponction doit être faite.

« 3° Dans un très grand nombre de cas de pleurésie purulente, chez les enfants une seule ponction suffit, en prenant toujours la précaution d'empêcher l'entrée de l'air atmosphérique. et en fermant hermétiquement la plaie de ponction.

« 4° Je n'ai jamais eu à regretter d'avoir fait la ponction trop tôt; mais, au contraire, j'ai quelquefois eu à regretter de ne pas l'avoir faite assez tôt. »

On voit que la pratique du savant médecin anglais s'inspire à peu près des mêmes principes que celle de M. Dieulafoy.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine. — Le Sénat vient de terminer la deuxième délibération sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Sauf trois articles réservés ou renvoyés à la Commission, ce projet est voté et il est probable que la Chambre des députés, devant laquelle il doit retourner, y apportera bien peu de modifications. C'est donc le moment de l'examiner une dernière fois, et nous laisserons ce soin, dans le prochain numéro, à notre excellent collaborateur M. Léchopié, dont les articles précédents ont été justement appréciés de la Commission du Sénat, qui en a fait son profit pour modifier maintes dispositions du projet primitif.

Association des médecins de la Seine. — Cette Association a tenu, comme nous l'avions annoncé, son Assemblée générale annuelle dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel. Après une courte allocution dans laquelle le président a applaudi au mouvement de plus en plus accentué qui porte les médecins à s'unir pour s'entre-aider ou défendre leurs intérêts professionnels, M. Barth, secrétaire général a donné lecture du compte rendu de l'année 1891. Puis on a procédé à l'élection ou plutôt à la réélection des membres du bureau. Ont été, en effet, maintenus dans leurs fonctions respectives :

MM. Brouardel, *président* ; Blanche et F. Guyon, *vice-présidents* ; Genouville, *trésorier*.

La séance s'est terminée par le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Voici le mouvement de la caisse et la situation financière pendant l'exercice 1891. On voit, par le nombre des veuves et des familles de sociétaires qui ont reçu des secours, que l'Association des médecins de la Seine, comme l'a fait remarquer M. Brouardel, ne s'occupe pas du médecin seul, mais qu'elle continue, lorsqu'il a disparu, à s'intéresser aux siens et à les soutenir.

RECETTES

Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	35.094 50
Cotisations	17 892 »
Admissions	468 »
Dons et legs	12.155 »
Reliquat de l'année 1890	970 35
Total...	66.579 85

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à sept sociétaires et à quarante-sept veuves ou familles de sociétaires	35 700 »
Secours à vingt-quatre personnes étrangères à l'Association	3.800 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	1.313 45
Port des imprimés, timbres-porte, dépenses diverses	602 50
Somme prise sur le dixième du revenu pour les pensions viagères	3.177 40
Achat de rentes	21.062 »
Total...	66.255 35

BALANCE

Recettes	66.579 85
Dépenses	66.255 35
Reste...	324 50

Caisse des pensions viagères.

Fonds de secours.

RECETTES

Somme prise sur le dixième du revenu de l'Association	3.177 35
Intérêt des fonds placés	422 65
Total	3.600 »

DÉPENSES

Trois pensions viagères	3.600 »

BALANCE

Recettes	3.600 »
Emploi	3.600 »
Reste en caisse	» »

Fonds de réserve.

Reliquat de l'année 1890	468 40
Don de M. Péan	130 »
Total	598 40

NOUVELLES

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Les séances de la troisième session annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie auront lieu les jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 avril (salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Congrès international d'anthropologie criminelle. — Ce congrès tiendra sa troisième session à Bruxelles du 7 au 14 août prochain.

Congrès national d'hygiène ouvrière. — Le comité d'organisation du XI° Congrès national d'hygiène ouvrière, qui se tiendra prochainement à Paris, a résolu de faire précéder les séances de ce Congrès par une série de conférences préparatoires, destinées à faire connaître aux adhérents l'état de la science officielle en matière d'hygiène, de l'alimentation, du logement, de l'atelier.

Ces conférences préparatoires auront lieu à 8 h. 1/2 du soir les 9, 16, 22, 30 avril; 7 et 14 mai, au local de l' « Union du Commerce et de l'Industrie », rue de Lancry, 10. Le public pourra être admis à assiter à ces conférences moyennant 1 franc.

Samedi 9 avril, M. le Dr G. Dujardin-Beaumetz : De l'alimentation et du régime alimentaire. — Samedi 16 avril, M. le professeur Armand Gautier : Les alimentations de première nécessité; leurs caractères, leurs défauts. — Vendredi 22 avril, M. le Dr Budin : L'hygiène de l'enfance ouvrière; l'allaitement, les crèches. — Samedi 30 avril, M. le Dr Dumesnil : Hygiène de l'habitation ouvrière. — Samedi 7 mai, M. Dr H. Napias : Hygiène du travail; ateliers, usines, bureaux et magasins. — Samedi 14 mai, M. le Dr A.-J. Martin : Les maladies évitables et les moyens de les prévenir.

Les personnes qui voudraient se procurer à l'avance des cartes pour l'une ou l'autre de ces conférences, devront s'adresser au trésorier, M. Stassart, rue Condorcet, 27.

École odontotechnique. — Par décret en date 22 mars 1892, l'association dite « de l'Ecole odontotechnique » est reconnue comme établissement d'utilité publique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alcaloïdes. — Histoire, propriétés chimiques et physiques, extractions action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usage en médecine, formules. etc., par B DUPUY, pharmacien de 1re classe, lauréat de la Faculté de médecine de Paris et de l'Académie de médecine. Deux forts volumes in-8°, chez les principaux libraires. Prix des deux volumes, 32 francs.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, directeur du *Répertoire de pharmacie*.

M Crinon vient de publier la 3e édition de sa *Revue des médicaments nouveaux*, qui a été très favorablement accueillie par le corps médical et par le corps pharmaceutique.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, près du boulevard Saint-Germain, Paris.

Formulaire de médecine pratique par le Dr E. MONIN, secrétaire de la Société française d'hygiène. Nouvelle édition, 1892.

Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

Les maisons de tolérance, leur fermeture, par Louis FIAUX, ancien membre du Conseil municipal de Paris. — 2e édition. Paris, 1892.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 27 MARS AU 2 AVRIL 1892

Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 1. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 26. — Grippe, 1. — Phtisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 42. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 70.—Bronchite aiguë et chronique, 69. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 138. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 41. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 34. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 6. — Total 1074.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles Amat,
Médecin-major de 2e classe.

(*Suite*) (1)

Cas au-dessus des ressources de l'art. — Mais il est des circonstances où la guérison ne s'obtient pas et où elle ne saurait, quoi qu'on fasse, être obtenue.

Un projectile peut en effet provoquer dans l'abdomen des désordres irréparables, que son action vulnérante se propage à distance ou qu'elle se localise sur un organe, dont l'intégrité est absolument essentielle à la vie.

Toute balle qui frappe l'abdomen présente un pouvoir vulnérant variable, et en rapport, avant tout, avec la vitesse dont elle est pour l'instant animée, avec sa vitesse restante. Traversant la peau, elle communique aux chairs, aux organes plus ou moins consistants, mais pénétrés de liquide et cela en raison de l'incompressibilité de ces derniers, le mouvement, la puissance dont elle est animée, les projetant de tous les côtés avec une force qui peuvent encore augmenter ses propres déformations. Pour que ces effets se produisent, deux conditions sont indispensables, d'abord que la vitesse considérable de projectile ne permette pas l'échappement rapide du contenu par l'ouverture d'entrée, ensuite l'existence d'une enveloppe suffisamment résistante. Ces phénomènes d'éclatement sont manifestes au cerveau, au cœur, à la vessie. Ils s'observent également sur l'intestin. Quand, sur un intestin contenant des liquides ou une certaine quantité de matières molles, on tire une balle de fusil de guerre, animée d'une grande vitesse, on trouve souvent à une distance variable du point frappé des éclatements qui ouvrent largement sa cavité et outre ces éclatements des déchirures partielles de la paroi.

Ces effets se manifestent sur le tube digestif pour tous les coups tirés dans une zone de 500 mètres. Ils sont d'autant plus évidents que cet organe se trouve plus rempli de matières. Dans les mêmes conditions, l'intestin vide subit néanmoins des perforations qui mesurent de deux à trois fois le calibre de la balle. Alors aussi la perte de substance éprouvée par la muqueuse, au trou d'entrée, est irrégulière et de règle plus grande que celle de la séreuse. Il y a presque toujours, d'après Habart (1), épanchement du contenu stomacal ou intestinal dans le péritoine et issue de gaz à travers les orifices cutanés avec des lésions multiples. Au-dessous de 500 à 600 mètres les grosses glandes abdominales, rate, foie, reins, offrent des exemples d'éclatement et des déchirures nombreuses et étendues, véritables types de désordres par explosion.

Les caractères de ces dégâts, leur multiplicité, les difficultés d'application ou l'insuffisance des moyens d'action utilisés contre certains d'entre eux, le « choc » intense, qui en pareil cas accompagne le plus souvent le traumatisme, nous ferait douter du succès de l'intervention directe. A défaut de renseignements fournis par le blessé sur la distance à laquelle il a été tiré, les dimensions des orifices extérieurs, la zone ecchymotique pourrait fournir des renseignements au chirurgien sur la vitesse du projectile qui a produit ces lésions étendues.

Ainsi donc, quand la balle qui a atteint l'abdomen est animée d'une très grande vitesse, l'extension fréquente des lésions à distance contribue à assombrir le pronostic et à rendre plus incertain le succès d'une intervention.

Et ces conditions se rencontreront habituellement en temps de guerre. Il suffit de s'en rapporter aux prescriptions sur le tir de combat pour savoir de quelle façon seront le plus généralement exécutés les feux de mousqueterie, et à partir de quelle distance ils devront être faits. Sans doute des infractions logiques pourront être apportées à la lettre du règlement, infractions heureuses, sans lesquelles les blessures reçues risqueraient d'être, avec ou sans intervention, toutes mortelles.

Mais il n'y a pas que des projectiles d'armes de guerre qui puissent occasionner des blessures irrémédiablement mortelles. Les balles de petit calibre, lancées par les revolvers du commerce peuvent provoquer une mort certaine si elles lèsent la veine cave, la veine porte, l'aorte, entraînant une hémorrhagie incoercible, une inondation sanguine du péritoine. Ces hémorrhagies, quasi foudroyantes, sont sus-

(1) Voir les numéros 11, 13, 14 et 15.

(1) Mittheilungen der K. u. K. militær sanitæts Comité, I-III. (Sammlung medicinischer Schriften, V-VII, Wien., 1890.)

ceptibles de tuer le blessé en quelques minutes. Elles échappent, à n'en pas douter, à toute intervention tant par la violence que par l'incurabilité fondamentale de la lésion.

Avec les projectiles de nos armes de guerre, les blessure seront au-dessus des ressources de l'art pour tous les les coups portés en deçà de 600 mètres, cas les plus habituels, puisqu'ils découlent des prescriptions sur le tir.

Cas justiciables de la laparotomie. — Bien que l'intervention nous paraisse ne pas devoir être conseillée pour les cas où un homme a été frappé par une balle de fusil de petit calibre, parce que la guérison spontanée est possible s'il a été atteint de très loin et que le cas est au-dessus des ressources de l'art s'il a été touché de très près, cela ne veut pas dire que, dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, nous condamnions absolument la laparotomie. Avec une installation autre que celle qu'on peut trouver dans les formations sanitaires de première ligne et pour des blessures produites par des revolvers, la laparotomie peut, dans certains cas, mais non dans tous, arracher un blessé à la mort. Il est à remarquer du reste, que les discussions à la Société de chirurgie (1) ont exclusivement porté sur l'opportunité de l'opération pour de telles blessures.

L'hémorrhagie peut en première ligne commander l'ouverture du ventre, non les hémorrhagies foudroyantes des gros vaisseaux, qui, comme nous l'avons vu, sont capables d'enlever en quelques instants le blessé, mais l'hémorrhagie due à la lésion d'une veinule ou d'une artériole, qui, si elle n'est pas arrêtée, n'en donnera pas moins lieu à des épanchements mortels. Ces hémorrhagies, dont un peu de compression aurait vite raison en tout autre point du corps, ne se révèlent qu'en des cas exceptionnels, comme en a cité un Reclus (2), par un écoulement extérieur. Le plus souvent rien d'apparent ne les indique, la percussion et la palpation malgré les résultats que cette dernière a pu donner à M. Verneuil (3), pour diagnostiquer une tumeur sanguine, peuvent être infidèles et laisser dans l'indécision s'il s'agit de savoir si une masse de sang se trouve accumulée en quelque point du ventre. Il n'y a que l'état particulier du blessé, connu sous le nom de « choc » et caractérisé par l'affaiblissement du pouls, les soubresauts des tendons, une respiration entrecoupée et haletante, l'abaissement de la température, le refroidissement des extrémités, une sueur froide, qui révèlent l'hémorrhagie intra-péritonéale et commandent, d'après l'avis de Mac Cormac (4), de Coley (5) et de Stimson (6), d'aller au plus vite en tarir la source.

L'issue immédiate de matières stercorales réclame l'ouverture du ventre, le lavage de la cavité séreuse et l'oblitération des perforations. Mais si l'écoulement des matières survient plus tard, l'abstension est au contraire de rigueur, car autour de la plaie ont pu se produire, comme dans le cas publié par Constantin Kolpin (7), en 1888, des adhérences qui protègent le péritoine.

(1) Loco citato.
(2) Loco citato.
(3) Société de chirurgie, séance, 15 décembre 1886.
(4) Loco citato.
(5) Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu. (*Boston med. and Surgery*, 18 octobre 1888.)
(6) Loco citato.
(7) Loco citato.

Dans les cas de tympanisme, occasionné par le passage du gaz de l'intestin dans la cavité péritonéale, il faut également, ainsi que Jalaguier (1) l'a fait avec un succès parfait, pratiquer la laparotomie. Non que l'on puisse craindre de voir les gaz allumer la péritonite, mais surtout parce que l'effusion par le même trou de quelques gouttes de liquide est possible.

La dernière indication est fournie par la réaction péritonéale. Si un individu frappé d'un projectile au ventre ressent au bout de quelques heures une douleur fixe d'abord, puis irradiée dans tout l'abdomen avec nausées, vomissements, fièvre, la péritonite s'installe, témoignant que l'intestin a été perforé, que l'oblitération spontanée ne s'est pas faite, que les matières ont passé dans le péritoine, que la mort est fatale et à brève échéance. Et encore si l'on tient compte des cas de guérisons spontanées obtenues tout récemment par Lagrange (2), Kapetanakis (3), Lahhé (4) et Reclus (5), commence-t-on à s'apercevoir que la péritonite ne doit plus être regardée comme une indication absolue de l'intervention. Cette proposition n'est pas nouvelle, elle est à peu près conforme à celle qu'avait formulée Tillaux (6) disant en pleine Société de chirurgie : les péritonites commençantes peuvent guérir seules et c'est pour cela que leur apparition ne doit pas forcer la main, à moins que vous n'ayez la conviction qu'il y a des matières stercorales dans le ventre.

Partant du principe que 93 fois sur 100, une perforation existe, il vaut mieux cependant, si on le peut, agir au premier signe, quelque léger qu'il soit, de péritonite : dissociation du pouls et de la température, douleurs fixes ou irradiées, tympanisme, nausées. Il ne faudrait pas néanmoins tirer un pronostic trop mauvais d'une intervention pratiquée un peu tardivement. A s'en rapporter au cas de M. Nélaton (7), on ne serait jamais certain d'agir avant l'apparition de la péritonite, puisque ce chirurgien, opérant quatre heures et demie après la blessure, un homme qui ne présentait aucun symptôme, même avant-coureur, de réaction péritonéale, a trouvé des anses intestinales distendues vascularisées et rouges. Il peut survenir, en effet, de ces péritonites à début insidieux étudiées par M. Verchère (8) sous le nom de « septicémies intestino-péritonéales », mais ces faits, rares à la vérité, ne doivent pas faire renoncer aux chances de guérison spontanée que la souplesse du ventre, l'absence de douleurs et de nausées, la régularité du pouls, permettent d'espérer.

A tout prendre, le soupçon d'un commencement de péritonite ne devrait pas faire contre indiquer l'intervention. Sans espérer que l'affection se localisera comme dans les cas de Tillaux et de Berger (9), on doit se rappeler que la laparotomie a sauvé des malades atteints d'accidents inflammatoires même fort avancés. Henry Sands (10) a obtenu

(1) Société de chirurgie, séance du 27 novembre 1889.
(2) Société de chirurgie, séance du 11 juin 1890.
(3) Société de chirurgie, séance du 11 juin 1890.
(4) Société de chirurgie, séance du 11 juin 1890.
(5) Société de chirurgie, séance du 11 juin 1890.
(6) Société de chirurgie, séance du 5 janvier 1887.
(7) Société de chirurgie, séance du 30 janvier 1889.
(8) Troisième congrès de chirurgie, 1888.
(9) Société de chirurgie, séance du 30 janvier 1889.
(10) Perforation de l'appendice vermiforme, péritonite septique, laparotomie, guérison. (*New-York med. jour.*, 25 février 1888.)

une guérison bien qu'opérant par une péritonite généralisée et l'on sait que Kocher Newal (1), Heddens (2), Andrews (3), Bull (4), Moty (5), opérant dans de semblables conditions ont obtenu des succès. Ignore-t-on du reste qu'aujourd'hui on préconise l'ouverture du ventre comme traitement de l'inflammation péritonéale ?

S'il est donc des circonstances, nous venons de le voir, où l'intervention est non seulement légitime mais nécessaire, il convient d'être pénétré de ses dangers. Loin de penser, avec M. Terrier (6) que toute la gravité des plaies de l'abdomen vient de la lésion des viscères et que la laparotomie n'y ajoute rien par elle-même, M. Chauvel (7), l'ardent défenseur de l'intervention immédiate, ne professe point que cette dernière soit bénigne. Et comme le pronostic varie avec l'opération et les conditions au milieu desquelles elle s'exécute, il voudrait que les futurs chirurgiens fussent mieux préparés aux opérations d'urgence, qu'ils pourront avoir à pratiquer, et qu'au lieu de se contenter de leur faire répéter, dans les amphithéâtres les amputations et les désarticulations, on leur enseignât la chirurgie intestinale et abdominale. En fait, les guérisons obtenues par l'intervention sont si précaires et les catastrophes si fréquentes que la fortune de la laparotomie a du être pour un temps basée sur la légende d'incurabilité des lésions intestinales.

Malgré l'antisepsie, l'ouverture du ventre a ses dangers. Non qu'ils viennent de l'incisioo pure et simple de la ligne blanche, qu'on peut pratiquer et refermer en quelques instants, mais de l'opération longue, difficile et dangereuse qui consiste à chercher les blessures de l'intestin et à les obstruer si elles existent.

Si l'intervention chirurgicale a pu, en certaines circonstances, durer trois et quatre heures, il faut bien avouer qu'en moyenne deux heures sont nécessaires pour dérouler le tube digestif de l'estomac au rectum, pour l'examiner sur toutes ses faces et sur tous ses bords, pour voir les déchirures frangées et déchiquetées pour dépister les perforations cachées du mésentère. Et nous ne parlons pas de la difficulté que l'on pourra avoir à aller porter une ligature en certains points atteints, au niveau par exemple de la troisième portion du duodénum. Pendant tout ce temps, le paquet intestinal sera à découvert et non impunément car il résultera de l'irritation de ses terminaisons nerveuses un choc redoutable. Tout acte opératoire qui dure deux heures et quart, a dit M. Verneuil, est une opération grave qu'accentue la manipulation intestinale. Il est à remarquer que les laparotomies pour les obstructions, pour les fistules pyo-stercorales, les résections et les sutures, entraînent une léthalité aussi forte qu'aux premiers jours de l'ère antiseptique, tandis que l'hystérectomie, l'extirpation des annexes de l'utérus, les opérations sur le foie et même sur le rein deviennent de plus en plus bénignes.

L'opératioo est de plus fort difficile, elle exige, quoiqu'en dise Kolloch (1), l'assistance et la stricte application des règles de la méthode antiseptique. Et puis un grand soin doit être apporté dans la recherche des perforations. On peut en aveugler 1, 2, 3, 5, 8, 12, 15, 20, 28 même, comme dans un cas célèbre, et craindre d'en oublier tout de même, d'éprouver des mécomptes comme maints chirurgiens et des plus expérimentés.

(1) *Boston. med. and Surgery jour.*, 6 janvier 1887.
(2) *Transac med. Association state of Missouri*, mai 1886.
(3) *Anna's of Surgery*, t. II, 1885, p. 420.
(4) *Annals of Surgery*, 1886, t. IV, p. 468. Discussion à la New-York State med. and, février 1887.
(5) Société de chirurgie, *Semaine médicale*, annexes p. cc. X, 1890.
(6) Société de chirurgie. *Loco citato*.
(7) Troisième congrès français de chirurgie 1888.

Index bibliographique (*Suite*).

1888. BARKER. — Deux laparotomies par coup de feu pénétrant de l'abdomen, une guérison. (*Brit. med. Journ.*, 17 mars.)
— BOGDAN. — Rupture du foie et de la rate causée par un traumatisme sur le ventre sans lésions apparentes de la paroi abdominale. (*Ann. d'hygi. publ.*, juillet.)
— BROWN. — Coups de feu pénétrant de l'abdomen; aucune lésion viscérale, guérison. (*Med. News*, p. 180.)
— CARLIER. — Plaie pénétrante de l'abdomen produite dans une tentative de suicide par sabre-baïonnette; collapsus; issne de gaz; hématurie; guérison. (*Arch. de méd. et ph. milit.* février.)
— COLEY. — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, par armes à feu. (*Boston med. and Surg.*, 18 octobre.)
— CORDIER. — Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement, spécialement des plaies par armes à feu. Thèse de Paris.
— DEMÉTRIADE. — Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Thèse Paris.
— DUPRÉE. — Coups de feu de l'abdomen. (*Transac. Louisiana Med. soc.*, p. 178.)
— DURGET. — *Gazette hebdomadaire*, p. 555.
— FARGANEL. — Observation de plaie pénétr. de l'abdomen. (*Lyon médical*, 5 février).
— FOREST-VILLARD. — *Journ. of. amer. med ass.*, 13 octo., p. 535.
— GODWIN. — Traitement des lésions des viscères abdominaux. (*Brit. med. Journ.*, 2 juin.)
— GRATSCTS. — Contribution à la statistique des blessures de l'abdomen.
— GRIFFILH. — *Annals of Surgery*, p. 81.
— HILLMANTEL. — Deux cas de plaies de l'adomen par coups de feu; emploi de l'hydrogène comme moyen de diagnostic. (*Journ. of. amer. med. assoc.* 21 juillet.)
— JONES. — Blessure de l'estomac, guérison. (*New-York med. Journ.*, 12 mai.)
— KIRMISSON. — De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. (*Bull. med.*, p. 923.)
— LARROQUE. — Plaie de l'intestin; sutures simples; guérison. (*Union med.* 7 janvier.)
— MACKIE. — *Revue de Hayem*, t. XXXII, p. 605.
— MILTAS. — Des plaies du rein par coups de feu. (Th. Paris.)
— MORDECAI-PRICE. — *Journ. of. amer. med. ass.*, p. 307.
— MURPHY. — *Journ. of amer. med. an* 10 mars.
— NIMIER. — Sur la séméiologie et le traitement des coups de feu de l'abdomen. (*Arch. de méd.*, février et mars.)
— PARK-ROSWELL. — *Med. News*, août.
— PRICE. — Coups de feu de l'abdomen, ablation du rein. (*Journ. of the amer. med. ass.* I. 7, p. 219.)
— SAINT-LAURENT. — Traitement des plaies traumatiques de l'estomac et de l'intestin. Th. Paris.

(1) Cité par Reclus et Nognès.

— SANDS. — Perforation de l'appendice vermiforme, péritonite septique, laparotomie, guérison. (*New-York med. Journ.* 25 février.)
— SCHENCK. — *Journ. of. amer. med. assoc. Chicago*, 13 octobre, p. 521.)
— SENN. — *Revue de Hayem*, t. XXXII, page 605.
— VASLIN. — *Congrès français de Chirurgie.*
— VERCHÈRE. — Des plaies de l'intestin par armes à feu de petit calibre, clinique et thérapeutique. (*Rev. des Sc. méd.* XXXII, I, p. 297.)
1889. BARROW. — Quatre coups de feu de l'abdomen traités par la laparotomie. (*Journ. of amer. med. ass* XII, p. 833.)
— BEC. — Plaie de l'abdomen, hernie de l'appendice du cæum, guérison. (*Gaz. des hôp.*, p. 869.)
— BELL. — *Brit. med. Journ.*, 16 mars.
— BRAMANN. — Du traitement des coups de feu de l'intestin grêle et du mésentère. (*Deut. med. Woch.* XV, p. 636.)
— CABOT. — *Boston med. and Surg. Journ*, 25 juillet, p. 81.
— CHARVOT. — Etude clinique sur les coups de feu pénétrants de l'abdomen. (*Rev. de Chirurgie*, 6, p. 433.)
— FENGER. — *Boston med. and. Surg. Journ.*, 25 juillet, p. 77.
— GANGOLPHE. — *Lyon médical*, p. 106.
— GRANERO. — *Revista de medicina y chirurgia.* — Buenos Ayres, p. 6.
— GRUENBAUM. — Plaie pénétrante de l'abdomen par coups de revolver, guérison. (*Centr. bl. f. Chir.*, p. 123.)
— GUERT. — Observation de plaie pénétrante de l'abdomen. *Bull. et mém. de la S. de Chir.*, p. 468.
— HARRINGTON. — *Boston med. and Surg. Journ.*, 25 juillet, p. 83.
— HEKTOEN. — Coups de feu de l'abdomen, insufflation d'air et incision exploratrice sans résultat, guérison. (*N. amer. Pract.*, 1, p. 85.)
— MCGROW. — Contribution à l'étude des coups de feu de l'abdomen. (*Boston and. med. Surg. Journ*, p. 563.)
— ORCEL. — *Lyon médical.*
— PFIHL. — *Arch. de méd. navale*, p. 73, n° 1.
— SENN. — Chirurgie de l'intestin, Chicago.
— STIMSON. — Des plaies abdominales par armes à feu et des plaies de l'intestin en particulier. (*New-York med. journ.*, 26 octobre et 2 novembre.)
— SWIJASHENKOW. — Contribution à l'étude des blessures du ventre. (*Gaz. de Botkin*, p. 11.)
— VOSS. — Contribution à l'étude des blessures du bas-ventre. *Saint-Pétersbourg med. Wochensch*, 30 mars et 6 avril.)

(*A suivre*).

MALADIES VÉNÉRIENNES

DE LA FONCTION DE LA TUNIQUE VAGINALE DANS L'ORCHITE AIGUE BLENNORRHAGIQUE,

Par M. TRÉKAKI,
Interne provisoire des hôpitaux.

Tout le monde sait que les phénomènes douloureux sont prédominants dans quelques cas d'orchite gonorrhéique : ils acquièrent parfois une telle acuité qu'ils constituent à eux seuls le fait capital, et c'est à les combattre que doivent avant tout tendre les efforts.

Jusqu'à Velpeau et Vidal (de Casis) la douleur dans l'orchite gonorrhéique était attaquée médicalement, si nous pouvions nous exprimer ainsi ; seules les médications palliatives et exerçant une certaine influence sur la névralgie qui accompagnait l'inflammation testiculaire, étaient mises en usage. Et ces médications étaient nombreuses, comme on le sait, on peut même dire que chaque praticien avait la sienne propre ; depuis le repos au lit qui a été conseillé par les plus anciens observateurs, depuis tous les topiques locaux jusqu'aux substances antinévralgiques administrées par la voie stomacale. Mais on peut dire que le traitement local a surtout prévalu et avec juste raison ; la réfrigération, les scarifications, la chaleur, etc., etc., ont été tour à tour essayées, les unes avec un demi-succès, les autres avec un insuccès complet.

Avant Velpeau, donc, personne n'a osé attaquer l'orchite aiguë au moyen du bistouri ; Velpeau et Dieulafoy (de Toulouse) furent les premiers à préconiser un nouveau traitement de certaines orchites aiguës douloureuses.

Tandis que Vidal (de Casis) portait le bistouri en plein tissu testiculaire et débridait par une ou plusieurs incisions la tunique albuginée dans certaines orchites *parenchymateuses*, Velpeau, lui ponctionnait la vaginale dans le cas d'orchi-épididymite aiguë avec vaginalite symptomatique ; il avait observé que toutes les fois ou presque toutes les fois qu'il y avait distension de la vaginale par un épanchement de liquide, il y avait, également, douleurs testiculaires plus ou moins intenses.

Depuis cette époque plusieurs cliniciens ont essayé ce nouveau traitement ; mais tous les auteurs classiques en parlent incidemment, et ne lui accordent pas la valeur qu'il mérite. Seuls Monod et Terrillon ont adopté et recommandent cette petite opération.

Dans presque tous les cas que nous avons observés dans le service de notre maître M. le Dr Mauriac, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, les choses se passaient ainsi avec ou sans injection des bourses ; la vaginale, dans l'orchite aiguë, est distendue ; par suite, le testicule est extrêmement douloureux.

Ces phénomènes douloureux prennent une acuité variable selon les individus : les uns accusent des douleurs parfois très intenses localisées à la glande séminale et le long du cordon spermatique ; les autres ont des névralgies aussi bien le long du cordon que du côté du périnée et de la face interne des cuisses ; toute la zone génitale et périgénitale est horriblement douloureuse ; les couvertures du lit même sont insupportables ; dans une troisième catégorie se rangent les malades qui, à part ces douleurs testiculaires localisées, ont des douleurs irradiées à distance : du côté des cuisses, dans la sphère du crural ou du sciatique, du côté des lombes, en ceinture et surtout des douleurs au niveau des fosses iliaques.

Tous nos malades, dont nous ne rapporterons pas l'histoire, répondaient à ces trois catégories, et chez tous la tunique vaginale était distendue plus ou moins par un liquide séro-sanguinolent, franchement inflammatoire, et variant, en quantité, entre une et trois cuillerées à soupe ; point n'était besoin que ce liquide fût en grande quantité et la distension de la séreuse considérable, pour que les douleurs testiculaires fussent intolérables ; tantôt la tension était exagérée et on avait alors le tableau d'une hydrocèle non fluctuante, rénitente ; d'autres fois, au contraire, le

liquide était moindre et la fluctuation nette; il semble cependant, d'après notre observation, que la surdistension est en rapport avec l'acuité des douleurs perçues par le malade, dans la plupart des cas au moins.

Le nombre des observations que nous avons recueillies est de vingt; la plupart de nos malades n'étaient nullement impressionnables, non entachés de tare nerveuse, peu pusillanimes : nous insistons sur ces particularités pour mettre en garde le lecteur contre l'idée qu'il pourrait se faire sur le nervosisme de nos malades, sur la plus ou moins grande impressionnabilité de leur système nerveux et par conséquent sur l'acuité des douleurs perçues par les malades; nous nous sommes plus d'une fois assurés du fait contraire, et nous avons, d'autre part, pu nous convaincre que la douleur était réellement excessive et que seule l'intervention par la ponction l'atténuait complètement ou presque complètement.

Nous ajouterons, à titre de renseignement, qu'aucun des médicaments usités dans le service de M. Mauriac, n'a été mise en œuvre et que seul le repos au lit a été imposé à nos malades.

Sur les vingt cas que nous avons recueillis dix-neuf ont trait à des orchites blennorrhagiques; quant au seul cas qui reste, il s'agit d'une orchite aiguë de nature très probablement tuberculeuse avec vaginalite symptomatique.

Le diagnostic d'orchite gonorrhéique a été établi par la coexistence de l'écoulement franchement purulent au moment de notre observation; par l'incubation et l'évolution de la maladie; par l'examen très attentif des organes génito-urinaires, les caractères de l'orchite, et enfin par les antécédents pathologiques de nos malades. Nous n'avons donc eu affaire qu'à des orchites aiguës de nature blennorrhagique, avec distension de la vaginale par un liquide séro-sanguinolent.

L'effet de la ponction est, en quelque sorte, instantané : le plus souvent les douleurs, tant localisées au testicule que celles perçues par le malade à distance, étaient amendées *totalement* au bout d'une à deux heures environ; parfois, mais plus rarement, ces douleurs ne cessaient qu'au bout de cinq à six heures, terme maximum, d'après nos observations; dans tous les cas le malade goûtait un repos, jusque-là tant désiré, dans la soirée du jour même de la ponction.

Le liquide épanché dans la vaginale paraît être cause des phénomènes douloureux, car la douleur cesse avec l'évacuation du liquide. Deux de nos observations sont, à ce point de vue, particulièrement démonstratives. Dans la première on fait chez un malade une ponction; le résultat est immédiat, cessation des douleurs; cela dure pendant dix jours; le onzième jour le malade se plaint de nouveau; nous constatons alors une fluctuation en rapport avec du liquide dans la vaginale, nous faisons une seconde ponction; il s'écoule encore cette fois une à deux cuillerées à soupe de liquide séro-sanguinolent, comme la fois précédente; mais après cette deuxième ponction il y a cessation complète des douleurs, et l'orchite évolue vers la guérison, qui s'est effectuée au bout de trois semaines environ.

Dans la seconde observation également, les névralgies testiculaires et réflexes cessent temporairement après la ponction, mais reviennent au bout de quelque temps, avec la même acuité, et sont, encore cette fois, en rapport avec la reproduction du liquide épanché dans la vaginale; même résultat et même terminaison que dans le premier cas.

Le manuel opératoire, si on peut ainsi dire, est très simple. Dans tous nos cas nous avons employé un bistouri de 5 à 6 millim. (diamètre de la lame). On enfonce le bistouri à 2 ou 3 c. et on fait imprimer à celui-ci un demi-tour de façon à écarter les deux lèvres de la petite plaie; cette dernière précaution est indispensable, car sans cela le liquide de la vaginale ne coule pas au dehors; on voit alors le liquide sourdre par l'ouverture des bourses et s'élever à une certaine hauteur à cause de sa tension dans la cavité de la vaginale.

La plaie du testicule n'est jamais à craindre; cependant, c'est ce qui nous fait préférer le bistouri au trocart; d'ailleurs le mal n'est pas grand, les plaies du testicule ne comportant aucun danger. Jamais nous n'avons observé de suppuration, soit du côté des téguments des bourses, soit du côté des tuniques plus profondes, ou bien l'infection du testicule malgré la crainte formulée par quelques auteurs. Enfin, aucun pansement n'était appliqué sur la petite plaie cutanée qui était cicatrisée au bout de vingt-quatre heures.

En résumé, le traitement de l'orchite aiguë blennorbagique avec vaginalite symptomatique par la ponction simple est très rationnel; son efficacité nous est démontrée dans les vingt cas que nous avons observés et suivis; c'est, croyons-nous, le meilleur traitement du symptôme douleur, et il est de beaucoup supérieur à tous les antinévralgiques jusqu'ici employés.

REVUE DES JOURNAUX

SUR LES RAPPORTS DE L'IMMUNITÉ ET DE LA GUÉRISON

La curabilité de certaines maladies infectieuses communiquées à des animaux au moyen d'injections de sérum sanguin emprunté à d'autres animaux rendus réfractaires contre ces mêmes maladies par voie d'inoculation vacinale est aujourd'hui un fait bien établi. La preuve de ce mode de curation a été fournie d'abord par Behring et Kitasato pour la diphtérie et le tétanos, par d'autres expérimentateurs pour l'infection transmise par le pneumocoque, pour le rouget des porcs et pour l'infection pyocyanique. M. Klemperer (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 13, p. 293) a étendu le cercle des investigations faites dans cette voie, et il a réussi à faire la preuve susdite pour deux nouvelles maladies infectieuses qu'on n'a observées jusqu'ici que chez des animaux : la septicémie des souris, et la maladie infectieuse consécutive à l'inoculation du bacille pneumonique de Friedlænder.

a) La première de ces deux maladies, décrite pour la première fois par Koch en 1878, est essentiellement transmissible aux souris blanches, beaucoup moins aux lapins. Or malgré l'immunité relative que réalise contre cette affection septicémique le lapin, le sérum sanguin de cet animal n'en est pas moins très apte à guérir les souris auxquelles on a communiqué la maladie en question. Quand on inocule à un lapin dans une oreille, une culture du bacille de la septicémie des souris, il se développe au siége de l'inoculation une inflammation érysipélateuse, qui s'étend jusqu'à la racine de l'oreille et qui se termine habituellement par guérison spon-

tanée. Cette première atteinte rend l'animal réfractaire aux inoculations subséquentes.

L'immunité s'obtint également quand on inocule un lapin sous la peau ou par la voie intra-veineuse.

Or quand on inocule ensuite du sérum sanguin provenant d'un lapin en puissance de cette immunité, à une souris infectée de la septicémie vingt-quatre heures auparavant, on réussit à la guérir. Ce résultat a même été obtenu dans un cas alors que quarante-huit heures s'étaient écoulées entre les deux inoculations. De plus, M. Klemperer a pu se convaincre que les souris traitées de la sorte avaient acquis l'immunité contre la septicémie, tandis qu'elles conservaient la réceptivité pour d'autres infections bactériennes.

b) Des résultats identiques ont été obtenus pour ce qui concerne la maladie infectieuse transmise par le pneumo-bacille de Friedländer. De faibles quantités d'une culture de cette bactérie, inoculées à une souris, tuent l'animal infailliblement. Au contraire les lapins sont également doués d'une immunité relative, naturelle, contre ce genre d'infection; ils supportent facilement l'inoculation sous-cutanée ou intraveineuse de 1 cc. d'un bouillon de culture dans lequel on a ensemencé le pneumo-bacille.

M. Klemperer a inoculé à des lapins des doses progressivement croissantes, 1, 2, 5, puis 10 cc. d'un bouillon de culture virulent. Puis avec le sérum des lapins traités de la sorte, il a réussi à guérir des souris qui avaient subi, vingt-quatre ou quarante-huit heures auparavant, une inoculation virulente, mortelle dans les circonstances ordinaires.

Cette fois encore il se fit voir que les animaux avaient acquis l'immunité contre les inoculations subséquentes. Le même sérum n'a manifesté aucune action curative, chez des animaux auxquels on avait inoculé soit la septicémie des souris, soit le pneumocoque ou un streptocoque.

Dans les deux séries d'expériences dont il vient d'être rendu compte, Klemperer a pu constater que le sérum curatif n'exerçait aucune action directe appréciable sur les bactéries de la maladie contre laquelle ce sérum était employé.

En somme, cette action curative du sérum sanguin provenant d'un animal rendu réfractaire à une certaine maladie infectieuse est limitée à cette maladie; elle paraît de plus être spécifique et entretenir des rapports étroits avec l'immunité vaccinale : le sérum employé provient d'un animal réfractaire, et il confère l'immunité à l'animal auquel on l'inocule. Il s'agit donc d'une immunité transférée en quelque sorte d'un animal à un autre. La possibilité de ce transfert s'explique quand on considère que, d'après les idées du jour, l'immunité est liée à l'intervention de certains principes chimiques. Mais il y a lieu de distinguer l'immunité naturelle, spontanée, de l'immunité artificielle, conférée par voie d'inoculation vaccinale. Or la seconde seule est transmissible par le moyen de l'inoculation du sérum sanguin d'un animal qui la possède. Comment expliquer que l'immunité naturelle ne soit pas également transmissible par le même moyen?

M. Klemperer incline à croire que la différence entre l'immunité naturelle et l'immunité artificielle réside surtout dans une question de degré, que les substances chimiques, desquelles dépend cette immunité, existent en quantités plus considérables dans le sérum sanguin de l'animal rendu immun par voie d'inoculation vaccinale, que dans le sérum sanguin de l'animal naturellement réfractaire. En d'autres termes le sérum de ce second animal n'est pas assez riche en principes chimiques vaccinaux pour que son inoculation soit efficace, confère l'immunité. Cette explication est très séduisante. Mais pour qu'elle sortit du domaine des hypothèses, il faudrait qu'on pût isoler et doser les principes chimiques à la présence desquels on croit pouvoir rattacher le pouvoir vaccinal que manifeste le sérum sanguin dans les circonstances connues.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac, par O. Pierre. — Th. Paris.

Sur 143 cancers de l'estomac, l'auteur a constaté 68 fois l'existence simultanée des lésions pulmonaires (bronchites, pleurésies, broncho-pneumonies et pneumonies). Avec Chantemesse, l'auteur attribue ces complications à un acte réflexe parti de l'estomac irrité et dont les effets se feraient sentir sur l'appareil pulmonaire. Le pronostic des bronchites et broncho-pneumonies est à peu près fatal. La pneumonie apparaît dans les derniers jours de la vie et s'accompagne de peu de fièvre. La pleurésie est faite d'un liquide citrin, riche en fibrine, ce qui la distingue de la pleurésie hémorrhagique, consécutive à une généralisation pleuro-pulmonaire de la tumeur. Malgré l'aspect favorable du liquide, cette pleurésie fibrineuse comporte un pronostic déplorable, car elle n'apparaît qu'à la période cachectique de la maladie.

Plus souvent que le cancer des autres organes, le cancer de l'estomac, de par l'affaiblissement qu'il provoque, s'accompagne de lésions pulmonaires tuberculeuses, voisines de leur début.

L'auteur termine son intéressant travail par la relation de quelques cas de thrombose de l'artère pulmonaire consécutive au cancer de l'estomac.

Il pense que, dans les cas où le cancer de l'estomac est latent, l'existence des lésions pulmonaires, impuissantes à expliquer le mauvais état général, doit faire chercher du côté des voies digestives, la cause de la cachexie; fréquemment l'on trouvera un cancer de l'estomac qui avait passé méconnu jusque là.

Fiessinger.

Contribution à l'étude du scorbut, par Ch. Petit. — Th. Paris.

Si l'ancienneté du scorbut n'est pas discutable, il est assez curieux de remarquer que la première description médicale est due à Jean Eichtius. Dans son travail paru en 1541, il divise l'affection en deux stades qu'il caractérise par des symptômes spéciaux; il étudie d'assez près les taches et l'enflure des jambes.

Maladie apyrétique, non contagieuse, revêtant les caractères épidémique, endémique et sporadique, attribuable à un vice de nutrition, le scorbut se caractérise par des pétéchies, des ecchymoses, des indurations, une gingivite fongueuse, un état particulier du sang et des urines encore mal connu, une hypertrophie de la rate.

Son traitement et sa prophylaxie se résument dans une hygiène bien entendue : aération et ventilation suffisantes, vêtements chauds et secs, propreté corporelle, distractions. Si nous ajoutons que les oranges, les citrons, les fruits succulents, l'oseille, les pissenlits, le cresson, la choucroute, les pommes de terre, le lait, méritent bien leur qualificatif d'antiscorbutiques, on comprendra qu'Hammond ait pu écrire : « Un cas

de scorbut dans un camp ou dans une garnison est un reproche pour quelqu'un ; que les membres de notre profession chargés du soin médical de nos soldats malades veillent donc à ce que l'odieux n'en retombe pas sur eux. »

CH. AMAT.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ICTÈRE CATARRHAL PROLONGÉ,
par Mlle HÉLÈNE HERZENSTEIN.

A côté de l'ictère catarrhal, évoluant rapidement en quinze et vingt jours, il en existe une forme prolongée, dont la durée a varié suivant les observations de l'auteur entre cinquante-neuf et cent cinquante-cinq jours.

Le diagnostic de cette maladie, bien décrite par le professeur Dieulafoy, présente une certaine difficulté ; on le fera par exclusion, après avoir écarté la lithiase biliaire, les cirrhoses hypertrophiques à leur début, un ulcère duodénal guéri qui oblitère l'embouchure du canal cholédoque dans l'intestin. On éliminera également le cancer de la tête du pancréas, le cancer secondaire du foie, la maladie de Weil, l'ictère syphilitique, et toutes les tumeurs intra ou extra-hépatiques pouvant comprimer les canaux d'élimination.

Le pronostic de l'ictère catarrhal prolongé est favorable : la pathogénie est celle de l'ictère catarrhal vulgaire.

FIESSINGER.

MÉDECINE PRATIQUE

Pneumonie.

Pendant la première période :

Teinture d'aconit ou de veratrum viride 5 à 8 gouttes toutes les deux ou trois heures.

A la période d'hépatisation :

Carbonate d'ammoniaque	8 grammes
Iodure de potassium	6 —
Sirop d'oranges amères	60 —
Eau	8 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Généralement, M. Young applique un vésicatoire. Il n'a jamais perdu un malade.

Quand il existe une grande faiblesse, une dépression générale très accusée, il allie la digitale au carbonate d'ammoniaque.

Grippe.

M. Young conseille les mixtures ammoniacales, et, comme analgésique, il donne la préférence à l'antikamnia.

S'il se manifeste des troubles diarrhéiques ou dysentériformes, même en dehors de la grippe, il conseille la potion suivante :

Acide sulfurique dilué	
Teinture d'opium	àà 8 grammes
Teinture de cardamone composée	
Hydrolat de cannelle	Q. S. pour 180 gr.

Deux à trois cuillerées à café toutes les deux ou trois heures selon les cas.

Quand on a à faire à des formes prolongées laissant derrière une débilité extrême, on se trouvera bien de la combinaison suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque	8 grammes
Teinture de perchlorure de fer	16 à 24 grammes
Chlorate de potasse	4 grammes
Eau distillée	Q. S. pour 120 gr.

Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures.

Il y a des formes de grippe dans lesquelles se manifestent de vives douleurs dans la région de l'orbite ; le gelsémium agit alors très bien.

Teinture de gelsémium	10 à 12 gouttes
Eau distillée	120 grammes

Une cuillerée à café toutes les dix minutes pendant la première heure.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Votée par le Sénat, le 7 avril 1892 (1)

(Discutée dans les séances des 17, 18 et 21 mars, 1er, 4, 5 et 7 avril 1892.)

TITRE PREMIER. — *Conditions de l'exercice de la médecine.*

ARTICLE 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. (*Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique.*)

Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires, pourront être prises et les deux premiers examens probatoires subis dans une école préparatoire et organisée comme il est dit ci-dessus.

TITRE II. — *Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.*

ART. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste *s'il n'est muni* d'un diplôme de docteur en médecine, ou de *chirurgien*-dentiste. Le *diplôme* de *chirurgien*-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État.

TITRE III. — *Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.*

ART. 3. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une École de plein exercice ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Un arrêté pris après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions de scolarité et le programme applicable aux élèves sages-femmes.

ART. 4. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets

(1) RAPPORTEUR : M. Cornil.

MEMBRES DE LA COMMISSION : MM. Cornil, *président*, Coste, *secrétaire* Bardoux, Combes, Contürier, Libert, Delsol, Le Monnier, Lesouef, *sénateurs*.

COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT, M. Brouardel, *Doyen de la Faculté de Paris et président du Comité consultatif d'hygiène publique de France.*

qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

TITRE IV. — *Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.*

Art. 5. — Les médecins, les *chirurgiens*-dentistes et sages-femmes, diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste *sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.*

Des dispenses *de scolarité et d'examens* pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas les dispenses accordées *pour l'obtention du doctorat* ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

Art. 6. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours *et munis de 12 inscriptions*, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 7. — Les étudiants étrangers qui postulent soit le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, *soit le diplôme de chirurgien-dentiste visé à l'article 2, et les élèves de nationalité étrangère qui postulent le diplôme de sage-femme de 1re ou de 2e classe visé à l'article* 3, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

D'autre part, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription dans les Facultés et Écoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Art. 8. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les *chirurgiens*-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois *qui suit leur établissement*, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous la peine édictée à l'article 19.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et *la provenance du diplôme* des médecins, *chirurgiens*-dentistes et sages-femmes, visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans *le mois de janvier*, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 11. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de *chirurgien*-dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien *ou d'herboriste*, est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. *Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément les deux professions.*

Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie, à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades, lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades lorsqu'ils demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie.

La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites.

Art. 12. — *L'article 2272 du Code civil est modifié ainsi qu'il suit :*

« *L'action des huissiers, pour le salaire des actes qu'ils signifient...* » *(le reste comme au Code).*

Ajouter à l'article le paragraphe suivant :

« L'action des *médecins, chirurgiens, chirurgiens*-dentistes sages-femmes et *pharmaciens*, pour leurs *visites, opérations et médicaments*, se prescrit par *deux* ans. »

Art. 13. — *L'article 2101 du Code civil, relatif aux privilèges généraux sur les meubles, est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe* 3 :

« Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été *la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus.* »

Art. 14. — A partir de *l'application* de la présente loi, les médecins, *chirurgiens-dentistes et sages-femmes* jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, *pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'État, les départements et les communes.*

Art. 15. — Les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux.

Art. 16. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation *et visées dans le paragraphe suivant.*

La liste des maladies épidémiques, *dont la divulgation* n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. *Le même arrêté* fixera le mode de déclaration desdites maladies.

TITRE V. — *Exercice illégal. Pénalités.*

Art. 17. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de *chirurgien-dentiste* ou de *sage-femme*, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 30 et 34 de la présente loi, preud part *habituellement* ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, *sauf les cas d'urgence avérée* ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescription de la présente loi.

Les dispositipns du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, *ni aux gardes-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste opèrent accidentellement l'extraction des dents.*

ART. 18. — *Les infractions prévues et punies par la présente loi* seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les *chirurgiens*-dentistes, les sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, *les syndicats visés dans l'article* 14 *pourront en saisir les tribunaux par vie de citation directe donnée dans les termes de l'article* 182 *du code d'instruction criminelle*, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile *dans toute poursuite de ces délits intentés par le ministère public.*

ART. 19. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 fr., *et* en cas de récidive d'une amende de 500 à 1.000 fr. *et* d'un emprisonnement de *six* jours à six mois *ou de l'une de ces deux peines seulement.*

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de de 50 à 100 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 fr. et en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois *ou de l'une de ces deux peines seulement.*

ART. 20. — L'exercice illégal de la médecine *ou de l'art dentaire*, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, est puni d'une amende de 1.000 à 2.000 fr., *et* en cas de récidive, d'une amende de 2.000 à 3.000 fr. et d'un emprisonnement de *six* mois à un an, *ou de l'une de ces deux peines seulement.*

L'usurpation du titre de dentiste sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. *et* en cas de récidive, d'un emprisonnement de six jours à *un mois.*

L'usurpation du titre de sage-femme sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. *et* en cas de récidive d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de *un mois à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement*

ART. 21. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque, *se livrant à l'exercice de la médecine*, fait précéder ou suivre son nom du *titre* de docteur en médecine sans en indiquer l'origine *étrangère. Il sera puni d'une amende de* 100 *à* 200 *fr.*

ART. 22. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 16 sera puni *d'une* amende de 50 à 200 fr.

ART. 23. — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr.

ART. 24. — *Toute infraction aux prescriptions de l'article* 11 est punie d'une amende de 100 fr. à 500 fr., *et*, en cas de récidive, d'une amende de 500 fr. à 1.000 fr. et d'un emprisonnement de *six* jours à trois mois, *ou de l'une de ces deux peines seulement.*

ART. 25. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article précédent.

ART. 26. — *Il n'y a récidive qu'autant que l'agent du délit relevé* a été dans les cinq ans qui précèdent ce délit, condamné pour *une infraction de qualification identique.*

ART. 27 (*ancien article* 28). — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de *leur profession* peuvent être prononcées *par les cours et tribunaux* accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme, qui est condamné :

« 1° A une peine afflictive et infamante ;

« 2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du code pénal ;

« 3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

« *En cas de condamnation prononcée à l'étranger pour un des crimes et délits ci dessus spécifiés, le coupable pourra également, à la requête du ministère public, être frappé, par les tribunaux français, de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de sa profession.*

Les aspirants ou aspirantes aux diplômes de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste et de sage-femme condamnés à l'une des peines énumérées aux paragraphes 1, 2 *et* 3 *du présent article, peuvent être exclus des établissements d'enseignement supérieur.*

La peine de l'exclusion sera prononcée dans les conditions prévues par la loi du 27 février 1880.

En aucun cas, les crimes et délits politiques ne pourront entraîner la suspension temporaire ou l'incapacité absolue *d'exercer les professions visées au présent article, ni l'exclusion des établissements d'enseignement médical.*

ART. 28 (*ancien article* 29). L'exercice de *leur profession* par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 18, 19, 20, 21 et 22 de la présente loi.

ART. 29 (*ancien article* 27). — L'article 463 du code pénal est applicable *aux infractions prévues par la présente loi.*

TITRE VI. — *Dispositions transitoires*

ART. 30. — *Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.*

ART. 31. — Les officiers de santé reçus antérieurement à l'*application* de la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 33 ci-après, auront le droit

d'exercer la médecine et *l'art dentaire* sur tout le territoire de la République.

Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 32. — Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles : 1° un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine ; 2° *un dentiste qui bénéficie des dispositions transitoires ci-après pourra obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.*

Art. 33. — Les élèves qui, au moment de *l'application* de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 34. — Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes *au 1er janvier 1892.*

Les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie *qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.*

Les dentistes qui contreviendront aux dispositions du paragraphe précédent tomberont sous le coup des peines portées *au deuxième paragraphe de l'article* 20.

Art. 35. — Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Art. 36. — *La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.*

Art. 37. — *Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application* de la présente loi à l'Algérie et aux colonies *et fixeront les dispositions transitoires ou spéciales qu'il sera nécessaire de dicter ou de maintenir.*

Art. 38. — Sont et demeurent abrogés *à partir du moment où la présente loi sera exécutoire* : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et généralement toutes les dispositions des lois et règlements contraires à la présente loi.

La *Gazette* a déjà publié un commentaire complet, tant du projet voté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891, que de celui primitivement adopté par la Commission du Sénat.

Au début de notre seconde étude nous nous exprimions ainsi : « Nos efforts ne sont pas demeurés stériles, car il est peu d'articles qui n'aient subi un ou plusieurs changements conformes aux observations présentées dans notre premier commentaire de la nouvelle loi. Un pareil résultat est bien fait pour nous encourager à persister dans la même voie et à compléter une œuvre aussi profitable au monde médical. »

Le vote du Sénat vient nous donner satisfaction sur presque tous les points et l'on ne saurait que féliciter hautement le rapporteur, la Commission, les membres de la haute assemblée et le représentant du gouvernement qui, ne s'inspirant que de l'intérêt général, se sont livrés à un examen vraiment très approfondi de la loi et ont accepté toutes les indications qui leur ont paru bonnes, réparé les erreurs commises, comblé les principales lacunes subsistantes.

Le texte que nous donnons ici est conforme à celui publié par le *Journal Officiel*. Les italiques des titres et des textes indiquent les dispositions qui ne figuraient pas dans le projet voté par la Chambre des députés.

Les principales modifications apportées au projet de la Chambre sont les suivantes :

1° Le délai de la prescription, en matière d'honoraires, réduit de cinq à deux ans, et application de cette prescription aux pharmaciens (art. 12) ;

2° Réglementation du droit qu'ont les médecins de vendre des médicaments à leurs malades, dans toute localité distante d'une officine de pharmacien de 4 kilomètres au moins (art. 11) ;

3° Interdiction de cumuler les professions de médecin, dentiste ou sage-femme non seulement avec l'exercice de la pharmacie, mais encore avec l'exercice de l'herboristerie (art. 11) ;

4° Interdiction d'exercer la médecine sous un pseudonyme (art. 9) (1) ;

5° Droit accordé aux médecins et sages-femmes étrangers, déjà autorisés à exercer en France, de continuer à jouir de cette autorisation (art. 30) ;

6° Droit maintenu aux sages-femmes de 2e classe d'exercer sur tout le territoire de la République ;

7° Obligation non reproduite, pour les officiers de santé (transitoirement maintenus seulement), de se faire assister par un docteur, dans les grandes opérations ;

8° Faculté d'exclure, des établissements d'enseignement supérieur, les aspirants aux diplômes de docteur, officier de santé, chirurgien, dentiste ou sage-femme condamnés par la justice criminelle ou correctionnelle (art. 27) ;

9° L'application de la loi ajournée à une année après sa promulgation (art. 36).

De nombreuses autres modifications secondaires ont été en outre opérées, telles que :

1° La qualification de dentiste transformée en celle de *chirurgien dentiste* (art. 2) ;

2° Maintien transitoire des dentistes non diplômés inscrits au rôle des patentes *à la date du 1er janvier* 1892 (art. 34) ;

3° L'obligation imposée au médecin qui délivre des médicaments de remettre en même temps une ordonnance signée de lui (art. 11) ;

4° La défense faite aux médecins, dentistes et sages-femmes de se constituer en syndicats, *à l'égard de l'État, des départements et des communes* (art. 14) ;

5° La nécessité d'une condamnation antérieure à raison d'une infraction de *qualification identique*, pour constituer la récidive (art. 26) ;

6° Suspension ou interdiction des médecins, officiers de santé, dentistes ou sages-femmes condamnés pour crimes ou délits, *même par la justice étrangère* (art. 27) ;

7° Extension du bénéfice des circonstances atténuantes à toutes les infractions prévues par la loi, *y compris tous les cas de récidive* (art. 29) ;

8° Application de la loi à l'Algérie et aux colonies, *par voie de règlements d'administration publique* (art. 37).

(*A suivre.*)

A. Lechopié,
Avocat à la Cour de Paris.

(1) Cette disposition nouvelle est due à l'initiative de notre excellent ami et distingué collaborateur, le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice.

BULLETIN

LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LE TABES. — LE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE

La paralysie générale a eu, l'autre semaine, les honneurs toujours enviables de l'actualité, car c'est elle qui a fourni le sujet des importantes communications faites par MM. Luys et Raymond à la Société médicale des hôpitaux. Nos deux collègues ont cherché à mettre en relief, certains côtés encore peu explorés de l'histoire de cette grande maladie : M. Luys, en poursuivant l'étude intime des lésions cérébrales qui lui appartiennent ; M. Raymond, en faisant connaître le résultat de ses recherches sur les rapports qui existent entre elle et la grande sclérose médullaire désignée sous le titre de *tabes dorsalis*. Cette dernière question offrait un intérêt particulier, et jusqu'à un certain point l'attrait de sa nouveauté ; car si nous possédons une description à peu près complète de la symptomatologie de la périencéphalite et de ses différentes modalités cliniques, en revanche nous savions jusqu'à présent peu de chose concernant ses relations avec les maladies de la moelle. En fait, on l'a considérée longtemps comme une affection à part, évoluant isolément et sans lien pathogénique avec les altérations qui peuvent atteindre le reste du système nerveux. Cette dichotomie se trouve implicitement consacrée par les affirmations de beaucoup d'auteurs classiques, par le silence de quelques autres. Mais, depuis quelques années, il s'est produit une réaction légitime contre une doctrine erronée, ou tout au moins trop exclusive.

A l'heure actuelle, nous possédons un assez grand nombre de faits qui établissent à l'évidence la possibilité, pour ne pas dire la fréquence d'une association entre la paralysie générale et le tabes. M. Raymond a cité à ce sujet une bibliographie déjà fort étendue ; mais, la science fût-elle réduite au seul fait rapporté par lui l'autre jour, que la question devrait encore être considérée comme résolue définitivement dans le sens de l'affirmative. Incontestablement, le tabes et la paralysie générale peuvent coexister, s'associer, se combiner, la chose est depuis longtemps certaine; seulement la formule de cette association, c'est-à-dire l'ordre de priorité et de succession des deux termes qui la constituent, sera quelque peu sujette à varier. C'est ainsi que, suivant les cas, tantôt on verra les symptômes tabétiques ouvrir la marche, précédant de plus ou moins longtemps l'apparition des phénomènes d'ordre encéphalique, tantôt on observera la disposition inverse. On pourra même constater parfois un début à peu près simultané et une évolution sensiblement parallèle des deux grandes localisations, cérébrale et médullaire. Toujours est-il que le fait est réel, non discutable, et tous les médecins qui pratiquent dans le domaine spécial des maladies nerveuses seront appelés à le vérifier, à un moment donné de leur carrière d'observateurs.

Le point important ici, la question délicate, c'est de pénétrer le mécanisme de cette relation, c'est de déterminer l'enchaînement de lésions qui solidarise dans certaines conditions deux parties fondamentales du système nerveux central, si différentes, pour ne pas dire si indépendantes, quand on n'envisage que leur fonctionnement normal. Les considérations tirées de l'étiologie pourraient déjà sur ce point apporter quelque lumière, attendu qu'elles visent à établir la communauté de certaines causes, telles que la syphilis, l'alcoolisme, le surmenage intellectuel et physique, les excès vénériens, etc. Si l'on serre la question de plus près, on est conduit à donner aussi une grande part à certains troubles d'ordre nutritif, parmi lesquels il faut mettre au premier rang la grande altération vasculaire connue sous le nom d'*artério-sclérose*. Nous connaissons aujourd'hui le rôle considérable que cette altération joue en pathologie, nous savons qu'elle peut atteindre tous les départements du système vasculaire, conséquemment tous les organes, parfois d'une manière simultanée. *A priori*, il n'y a pas de raison pour que le centre cérébro-spinal, considéré dans son ensemble, échappe à une lésion aussi universelle ; et nous devons accepter, comme démontrée à l'avance, la possibilité d'une sclérose artérielle atteignant la totalité de ce centre. On pourrait citer ici opportunément entre autres exemples, celui de la sclérose en plaques, car on sait que, dans cette maladie, le cerveau et la moelle participent à peu près également au processus morbide. Ces considérations suffisent à montrer que, envisagée du simple point de vue de la pathologie générale, la coëxistence, ou pour mieux dire l'association du tabes et de la périencéphalite doit apparaître comme une de ces notions très vraisemblables, ou plutôt extrêmement probables, dont la sanction doit se trouver un jour ou l'autre dans le domaine de faits. Sur ce dernier point, la clinique a déjà répondu, et péremptoirement. On ne peut plus discuter maintenant que sur la question toujours difficile de l'interprétation.

Assurément, cette question est susceptible de recevoir diverses solutions, et on pourra discuter chacune des hypothèses émises à son sujet, sauf pourtant l'opinion purement négative qui rejette toute idée de combinaison vraie, d'association réelle, pour n'admettre que celle de coïncidence. Pour notre part, nous serions assez disposé à adopter la théorie de M. Raymond, d'après laquelle il faudrait mettre l'altération qui frappe à la fois l'encéphale, la moelle et les nerfs périphériques, sur le compte d'une seule et même cause, d'un élément commun plus ou moins uniformément réparti à toutes les fractions de ce grand tout qui s'appelle le système nerveux central. Cet élément commun ne serait autre qu'une sclérose généralisée, envahissante, des éléments conjonctifs interposés aux éléments nerveux : sclérose dont le point de départ, les localisations et le mode d'extension seraient d'ailleurs susceptibles de varier, ce qui rendrait compte des différentes modalités cliniques signalées. En réalité, il s'agirait ici d'un cas particulier de l'histoire de la sclérose considérée d'une manière générale. Cette interprétation ne procède pas d'une simple vue de l'esprit, elle s'appuie sur un examen anatomo-pathologique rigoureux qui, dans le fait de notre collègue, nous montre l'existence d'une inflammation interstitielle chronique et d'une hyperplasie conjonctive bien caractérisée au niveau de toutes les coupes examinées : constatation qui, dans l'espèce, équivaut à une démonstration, comme, d'autre part, elle tend à proclamer l'unité de la maladie, avantage inappréciable en pathologie interne, où l'on doit toujours viser à supprimer les morcellements inutiles et à simplifier. Aussi nous ne voyons guère d'objections sérieuses à lui opposer. Présentement, elle est, parmi les hypothèses que l'on peut admettre, la plus plausible, ou du moins celle qui donne à l'esprit la plus large satisfaction.

— Si nous revenons sur la question du traitement de la pleurésie, déjà discutée par nous précédemment, c'est que l'accord ne paraît pas encore près de s'établir sur différents

points qui se rattachent à l'étude de ce sujet. M. Dieulafoy a continué son plaidoyer en faveur de cette opération de la thoracentèse, à laquelle il a attaché son nom, et que de récentes attaques pouvaient faire croire menacée. Plaidoyer très opportun, car le retentissement des joutes académiques va loin, et on pourrait craindre que celui des dernières critiques ne fût le commencement d'une sorte de discrédit dans l'esprit des praticiens, vis-à-vis de la valeur thérapeutique de la ponction. Les affirmations de M. Dieulafoy dissiperont tous les doutes, car notre maître a démontré, avec un surcroît de preuves, l'innocuité de cette opération, en même temps que ses incontestables avantages. Aussi croyons-nous qu'il restera peu de chose des objections présentées au début de la discussion. Au surplus, les adversaires de la ponction se sont abstenus de nous faire connaître les raisons qui dictent leur préférence pour les médications traditionnelles, comme la dérivation et la révulsion. Pourtant l'expérience a prononcé depuis longtemps sur la valeur de ces moyens.

Nous savons qu'un épanchement pleurétique abandonné à lui-même tend à se perpétuer indéfiniment, et que les forces dites *médicatrices* ne font rien pour hâter sa disparition. Voilà ce que nous apprend, à n'en plus douter, l'expérience de chaque jour. L'intervention des dérivatifs et des révulsifs ne change pas grand'chose à ce résultat, car elle n'est au fond qu'un trompe-l'œil, une manière d'expectation déguisée. En présence de cette impuissance démontrée, on ne peut plus guère opposer d'argument valable à la thoracentèse, qui elle possède l'avantage inappréciable de donner un résultat immédiat, certain, infiniment plus satisfaisant, pour le malade et son entourage, que celui dont la réalisation est toujours remise au lendemain. La supériorité de cette méthode s'affirme encore mieux si on fait le compte des inconvénients, voire même des dangers inhérents au séjour prolongé des collections liquides dans la cavité pleurale : tassement du poumon, refoulement des organes voisins, formation d'adhérences nuisibles à la guérison. On voit donc, sans insister davantage, que la cause est désormais cause gagnée, et que si elle devait encore trouver des juges, ceux-ci proclameraient inévitablement la supériorité de la ponction sur les autres modes de traitement. A vrai dire, c'est là une conclusion qui, dans l'état actuel de nos connaissances, pourra passer pour une superfétation.

P. M.

NOUVELLES

Congrès français de chirurgie.

ORDRE DU JOUR DES SÉANCES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Lundi 18 *avril*, à 9 h. du matin : Séance publique. Questions diverses. — A 2 h. du soir : Séance solennelle d'ouverture dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Discours du président. Compte rendu du secrétaire général. Compte-rendu du trésorier. — A 8 h. du soir : Séance publique. Questions diverses.

Mardi 19 *avril*, à 9 h. du matin : Visites dans les hôpitaux. — A 2 h. du soir : I. Question à l'ordre du jour : Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.

Mercredi 20 *avril*, à 9 h. du matin : Questions diverses. — A 2 h. du soir : II. Question à l'ordre du jour : Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.

Jeudi 21 *avril*, à 9 h. du matin : Visites dans les hôpitaux. — Après-midi : Pas de séance. Le soir, à 7 h. 1/2 : Banquet.

Vendredi 22 *avril*, à 9 h. du matin : Questions diverses. — A 2 h. du soir : III. Question à l'ordre du jour : Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.

Samedi 23 *avril*, à 9 h. du matin : Visites dans les hôpitaux. — A 2 h. du soir : Séance de clôture en comité secret. Nomination du bureau pour la prochaine session. — A 8 h. du soir : Séance publique. Questions diverses.

— L'Assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 23 avril, à 4 heures, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour, on discutera un rapport de M. le Dr Feulard sur la situation faite aux étudiants en médecine, par la loi militaire et la limite d'âge proposée pour le concours de l'internat.

Réunion de la Société française d'ophtalmologie en 1892. — La session annuelle de la Société d'ophtalmologie s'ouvrira, à Paris, le lundi 2 mai 1892.

Voici le sujet des questions qui seront l'objet de rapports :

1° *Traitement de la cataracte congénitale.* — Rapporteur : M. Dor (de Lyon).

L'ophtalmoplégie. — Rapporteur : M. Armaignac (de Bordeaux).

— MM. les Drs A. Dutil, chef de clinique et Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques, commenceront à la Salpêtrière un cours clinique sur les maladies du système nerveux, à partir du 2 mai.

Le cours aura lieu quatre fois par semaine et sera complet en 20 leçons. Les élèves, dont le nombre sera limité, seront exercés individuellement à l'examen des malades.

S'adresser pour se faire inscrire à M. A. Dutil à la Salpêtrière.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 3 AU 9 AVRIL 1892

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 38. — Grippe, 1. — Phtisie pulmonaire, 203. — Autres tuberculoses, 52. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 3. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47. — Paralysie, 35. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 7. — Bronchite aiguë et chronique, 77. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 126. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 61. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 65. — Autres causes de mort, 185. — Causes inconnues, 11. — Total 1156.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE BACILLAIRE PAR LA MÉTHODE INDIRECTE

Par E. Gavoy,
Médecin principal de 2e classe.

(Travail présenté à l'Académie de Médecine, séance du 5 avril 1892.)

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine, séance du 10 mars 1891, les résultats obtenus depuis 1887, dans le traitement de la bronchite tuberculeuse, par les injections hypodermiques. De nouvelles observations de guérison, au moins apparentes, m'engagent à communiquer à l'Académie la méthode thérapeutique que j'emploie.

Le traitement de la tuberculose me paraît comprendre deux indications thérapeutiques bien distinctes. En première ligne, je place l'*intoxication* infectieuse microbienne; et, en seconde ligne, le *bacille*. Je crois pouvoir légitimer ces considérations par les données nouvelles de la science sur la nature de la maladie, l'influence du microbe dans l'économie et la résistance de l'organisme à l'invasion du parasite, enfin, par l'examen des résultats thérapeutiques qu'ont fournis la clinique et l'expérimentation.

La découverte par Robert Koch (Soc. phys. de Berlin, 1882) du bacille de la tuberculose, entrevu, en 1881, par Toussaint, a démontré la nature infectieuse et parasitaire de la tuberculose. Le bacille, une fois entré, agit sur les cellules géantes et provoque la formation de tubercules dans les alvéoles pulmonaires et à l'intérieur des vaisseaux; à partir de ce moment, il exerce une action traumatique locale et engendre une intoxication infectieuse générale de l'organisme.

Les brillantes découvertes toxicologiques de Selmi (1871), de Arm. Gautier (1872), reprises par Brouardel et Boutmy (1880), ont fait connaître que les microbes sécrètent une substance spéciale pour adapter à leur nutrition le milieu où ils sont et qu'ils excrètent en même temps des produits possédant des propriétés toxiques. Ces substances, inoculées aux animaux, provoquent l'hyperthermie, l'amaigrissement, la dyspnée, la diarrhée, etc. Les sécrétions des microbes occasionnent donc une intoxication générale de l'économie; cet empoisonnement microbien est mis hors de doute par les travaux de Gaspard, Panum, Hiller et Chamberland, Ch. Bouchard, etc.

Le bacille de la tuberculose ne fait pas exception; on est, par conséquent, autorisé à admettre que le dépérissement des tuberculeux et, plus tard, la consomption, sont le résultat d'une *auto-intoxication*, d'une *sepsie* bacillaire, due à la résorption des produits infectieux excrétés par le bacille de Koch.

Les symptômes d'une maladie infectieuse sont, du reste, bien marqués dans la phthisie aiguë; il est facile de les retrouver dans la phthisie pulmonaire granuleuse, derrière les signes locaux d'une bronchite capillaire, d'une broncho-pneumonie ou d'une pleuro-pneumonie.

Les symptômes généraux : hyperthermie, insomnie, troubles digestifs, anorexie, diarrhée, dépérissement, sueurs nocturnes, etc., sont le fait de l'auto-intoxication; l'expectoration abondante muco-purulente est la conséquence de l'action mécanique du bacille sur les tissus environnants.

D'autre part, Brieger a démontré que les bactéries donnent des produits variés avec un terrain différent; que leur vitalité, la rapidité de leur multiplication et de leur envahissement, sont d'autant plus actifs que le terrain leur est plus favorable — et *inversement*.

Il résulte de ces données, deux méthodes thérapeutiques de la tuberculose. L'une peut prendre pour objectif la destruction du bacille dans l'organisme; c'est la méthode que je nomme *directe*. L'autre peut se proposer de combattre la *sepsie bacillaire* et d'aider l'organisme dans sa lutte contre l'élément morbide microbien; je l'appelle méthode *indirecte*.

Cette conception du traitement de la tuberculose, basée sur les découvertes récentes de la bactériologie, n'a pas encore été formulée; elle offre une utilité pratique réelle, incontestable. En précisant nettement le but que l'on peut se proposer d'atteindre, on guide la recherche et l'application des moyens thérapeutiques.

Méthode directe. — L'immunité des maladies virulentes par les produits salubres de leurs microbes (Toussaint), affirmée par les recherches de Chauveau, Roux, Chamberland, Chantemesse et Widal, surtout par les travaux de Pasteur, ont fait naître la célèbre *tuberculine* de Koch, qui n'a pas tenu ses promesses, même d'après le jugement de Virchow.

Quelques expérimentateurs, s'inspirant des inoculations de matières tuberculeuses putréfiées faites à des lapins par

G. Daremberg, ont cherché à *étouffer* le bacille de la tuberculose par la pullulation d'espèces saprophytes inoffensives pour l'organisme.

D'autres ont tenté de le détruire par la créosote (Ch. Bouchard et Gimbert, Guiter, de Cannes, R. Lépine et Truc, Burlureaux, Guerder); par les inhalations d'essences volatiles de menthe, de camphre, de naphtaline, etc. (Fräntzel); par des inhalations d'oxygène (Alhrecht); par des inhalations d'anti-parasiticides, le sublimé, l'iodoforme, le brome, etc. (Hiller); par les injections rectales de substances volatiles, acide carbonique additionné d'hydrogène sulfuré (Bergeron); par l'iodure de potassium à la dose de 2 à 6 grammes (R. Lépine); etc., etc.

Les résultats n'ont pas été bien manifestes; aucune des substances antiseptiques étudiées jusqu'ici n'a pu, malgré leur nombre, tuer les bactéries dans l'organisme; l'agent thérapeutique capable de détruire le bacille de la tuberculose est encore à trouver. La méthode *directe* n'a pas réussi; la *toxicité des produits microbiens a tué le malade avant que la médication microbicide ait tué le bacille.*

Méthode indirecte. — L'organisme lutte sans cesse contre les éléments morbifiques. Les fonctions phagocytaires des leucocytes et des cellules géantes sont le principal facteur de résistance; elles jouent un rôle de défense contre l'invasion du bacille.

Metchnikoff a démontré sur des *spermophiles*, petits rongeurs des environs d'Odessa, que les cellules géantes finissent par détruire le bacille de la tuberculose par une sorte de séquestrement. Il a rencontré des cellules géantes pleines de bacilles intacts et d'autres cellules contenant des bacilles morts au centre, tandis que ceux de la périphérie étaient encore vivants.

Ch. Bouchard (*Maladies infectieuses*, 1889) a également démontré que les émonctoires, et principalement les urines éliminent les matières morbifiques et atténuent l'empoisonnement microbien.

L'organisme lutte donc sans cesse contre l'élément morbifique. Si nous le voyons succomber dans la plupart des cas où les signes de la tuberculose sont devenus tangibles, on ne saurait mettre en doute qu'il existe des faits nombreux de guérison authentique de malades qui ont été considérés comme phthisiques. Brouardel estime à 75 0/0 le nombre d'adultes tuberculeux guéris par la force médicatrice seule de l'organisme. L'évolution nutritive, lorsqu'elle est assez énergique, sait substituer, molécule à molécule, des éléments nouveaux aux éléments détériorés. C'est par une modification de la nutrition déviée que la plupart des stations thermales, balnéaires, montagneuses, expulsent les esquilles et guérissent certaines affections viscérales. Il est incontestable que le rétablissement de la nutrition aide l'organisme à se dépouiller, à s'exonérer des produits morbides et à réparer les pertes des tissus.

C'est par l'alimentation *forcée* que Debove a obtenu des résultats avantageux dans le traitement de phthisiques atteints d'anorexie; c'est à une amélioration favorable de l'état général de l'organisme et à une modification particulière du terrain, défavorable au développement du bacille, que l'on peut attribuer les avantages obtenus par les injections sous-cutanées d'huile de gaïacol iodoformée (Picot, de Bordeaux); par l'hématothérapie, soit que l'on ait employé le sérum d'animaux réfractaires à la tuberculose, l'hémocyne (Ch. Richet et Héricourt, le professeur Pinard, Vidal d'Hyères); soit qu'on ait eu recours à la transfusion de sang de chèvre (Bernheim, Bertin et Picq de Nantes).

C'est en agissant dans le même sens sur la nutrition et sur le terrain de développement du bacille, que le traitement par les injections hypodermiques d'une solution d'iodoforme dans l'essence composée de girofle m'a donné les résultats positifs les plus avantageux, indiqués dans les observations ci-jointes. Les bacilles constatés avant le traitement dans les crachats du malade qui fait le sujet de l'observation II, ont complètement disparu.

Je n'attribue pas à l'essence composée de girofle iodoformée la puissance destructive des bacilles de Koch. Mon traitement ne vise que l'intoxication générale, et, indirectement, les produits du microbe qui rendent le terrain apte à sa nourriture. Dans ces limites modestes, je le crois capable de rendre de grands services.

Dans les cas récemment traités, les symptômes se sont amendés rapidement, mais progressivement et dans le même ordre de leur amélioration et de disparition, que dans les cas traités antérieurement.

L'influence la plus manifeste et la plus rapide de l'action thérapeutique des injections hypodermiques d'essence composée de girofle iodoformée, a été le retour de l'appétit et du sommeil, la tolérance et la digestion des aliments; le rétablissement de la nutrition; l'accroissement des forces et du poids du corps; la cessation des sueurs nocturnes, de l'oppression, de la toux, de l'expectoration, et même de la présence du bacille dans les crachats (observation II).

Le lupus a été assimilé par Besnier à la tuberculose pulmonaire. Cornil et Leloir ont trouvé une seule fois le bacille dans 12 cas; Malassez l'a cherché vainement; Pfeiffer, Doutrelepont et Demme ont constaté sa présence quatre fois; Koch en a aperçu quelques-uns sur une quarantaine de coupes de lupus. Les inoculations de parcelles de lupus ont donné des résultats plus positifs à Koch, Leloir, etc... La nature tuberculeuse du lupus est aujourd'hui admise, après de nombreuses discussions.

La *tuberculine* a été impuissante contre la tuberculose locale comme elle l'a été contre la tuberculose viscérale. Lannelongue, en collaboration de Achard, a employé les injections sous-aponévrotiques de chlorure de zinc, en debors et autour des foyers tuberculeux, de façon à scléroser le tissu tuberculeux, en transformant les produits immédiats du bacille (Académie des Sciences, 19 juin 1891).

Les injections hypodermiques d'essence composée de girofle iodoformée ont arrêté l'évolution du processus tuberculeux, sur une affection locale datant de huit ans, ayant résisté au raclage. Elles ont déterminé l'atrophie des tubercules et amené la réparation du derme en moins de deux mois et demi de traitement.

La méthode que je nomme *indirecte*, et que je préconise, a pour but de combattre la *sepsie bactérienne* et de rendre le terrain impropre à la culture du bacille. La sepsie bactérienne détériore progressivement l'organisme, le rend incapable de réagir contre la production incessante d'éléments morbides toxiques. Le manque de réaction organique favorise l'extension et l'envahissement du bacille, d'où résulte un accroissement de produits infectieux. Peu à peu l'hyperthermie, l'absence d'alimentation et le dépérissement dépas-

sent la limite de la résistance physiologique et la mort arrive par septicémie, plutôt que par l'étendue de la lésion locale mécanique du poumon.

Combattre la sepsie bactérienne est donc la première indication; modifier l'état général et rendre le terrain inapte à la culture du bacille, constitue la seconde : tel est l'objectif de la méthode indirecte.

Si ce traitement n'atteint pas le bacille de la tuberculose par une action destructive, il possède l'immense et précieux avantage, sans porter aucun préjudice à l'économie, d'amoindrir et d'annihiler les effets de l'action infectieuse bactérienne ; de rétablir la nutrition et la réparation ; d'entraver l'évolution du bacille ; de réduire son activité ; de tarir sa virulence, en rendant le terrain impropre à son développement et en détruisant les propriétés infectenses des produits excrétés. Le relèvement de la vitalité de l'organisme par l'accroisssement de l'activité des deux fonctions de nutrition, *assimilation et désassimilation*, détermine la résolution de la congestion périturberculaire, la fonte et l'élimination des produits cellulo-nucléaires décrits par Schüppel, Friedlænder, Weigert, etc. qui obstruent les alvéoles et les bronches ; il amène enfin l'assèchement de la sécrétion muco-purulente.

Le tubercule jaune à l'état de ramollissement et d'ulcération subit les mêmes régressions qui aboutissent à l'élimination des néoplasmes nodulaires et à la cicatrisation des cavernules. Le bacille ne trouvant plus un terrain favorable, disparaît.

Les lésions phymiques locales éprouvent une régression atrophique totale, ainsi que le démontre l'observation V de lupus tuberculeux de la face.

La méthode indirecte se propose de combattre l'intoxication microbienne, de dissiper l'anorexie, d'éveiller l'appétit, de porter au maximum l'activité de la nutrition, de permettre à l'organisme de résister plus énergiquement au microbe, de l'emporter dans sa lutte contre le parasite et de conduire les malades, par des reprises successives du traitement, à l'extinction de leur réceptivité morbide au bacille de Koch.

Cette méthode thérapeutique m'a donné presque toujours d'excellents résultats ; elle me parait rationnelle, j'ai cru utile de la faire connaitre.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAI CRITIQUE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN PAR PROJECTILES DE PETIT CALIBRE,

Par le Dr Charles AMAT,
Médecin-major de 2e classe.

(*Suite et fin*) (1)

Conditions d'installation indispensables au succès de la laparotomie. — Quel que soit le parti qu'on embrasse, qu'on veuille une intervention immédiate avec Chauvel et Verchère (2) pour tous les cas de plaie pénétrante abdominale ou qu'on soit décidé à n'y recourir qu'en raison des symptômes consécutivement observés, il faut toujours s'inquiéter des conditions matérielles d'installation du blessé. L'opération longue, difficile, et dangereuse, n'étant jamais pratiquée assez tôt par les premiers, dont l'idéal serait de faire succéder l'ouverture du ventre à l'instant où le projectile y a pénétré, a d'autant plus de chance d'être couronnée de succès, de l'avis même des seconds, qu'elle est faite dès les premiers signes de réaction péritonéale. Or, sans vouloir raisonner d'après les cas de généralisation rapide du côté de la séreuse, recherchons si dans le milieu civil, comme dans le milieu militaire, on dispose des moyens nécessaires pour escompter la guérison.

Un habitant de nos *grandes villes*, a-t-il dans une tentative de suicide ou d'homicide, l'abdomen traversé, l'intestin perforé par un projectile, on s'empresse autour de lui, on lui administre des soins le plus souvent intempestifs, si on ne le porte chez un pharmacien où les topiques et les breuvages de toutes sortes ont beau jeu ; et ce n'est qu'après avoir perdu un temps précieux, qu'on songe à le transporter à l'hôpital. Dans cet établissement rien au reste n'est préparé pour le recevoir, rien n'est prévu pour le cas d'une intervention, l'appareil instrumental n'est pas disposé pour que l'opération puisse être pratiquée au moment précis où elle est indiquée. Ces doléances, Trélat (1) les avait exprimées et M. Terrier (2) a justement insisté sur ce qu'elles ont de fondé, en rappelant ce qui se passe en Amérique, en mettant sur le compte d'un secours immédiat donné aux blessés la raison des succès qui paraissent y avoir été obtenus. Là, celui qui a reçu le coup de feu est tout aussitôt hospitalisé, il trouve un chirurgien de garde avec une installation toute prête, de telle sorte qu'une heure ou deux heures après l'accident l'opération peut être commencée. Notre organisation actuelle est loin de pouvoir être comparée à celle des grandes villes américaines, quoique la création des ambulances urbaines soit un premier pas fait dans la voie des améliorations, et que l'institution projetée de chirurgiens « assistants » puisse permettre de répondre aux désidérata ci-dessus exprimés.

Mais supposons cependant que le blessé ait été rapidement transporté à l'hôpital, il peut dès lors se trouver dans les conditions les plus favorables pour la réussite du traitement que va nécessiter son état. « La gravité du traumatisme dont il est atteint, dit Delorme (1), l'importance de l'intervention que sa blessure réclame font immédiatement concentrer sur lui toute l'attention, toute la sollicitude du chirurgien et de ses aides ; la laparotomie est pratiquée dans une salle surchauffée, à atmosphère bien antiseptique, par un chirurgien muni d'un matériel irréprochable et abondant, entouré d'un personnel secondaire exercé et cela au milieu du calme nécessaire pour la poursuite d'une opération délicate et sans que le chirurgien ait le moindre souci du temps dépensé pour la mener à bien. Que le succès puisse couronner ses efforts, on n'a pas de peine à le comprendre, le contraire pourrait seul étonner.

Mais combien autre est la situation dans laquelle se pré-

(1) Voir les numéros 11, 13, 14, 15 et 16.
(2) Troisième congrès français de chirurgie, 1888.

(1) Plaies abdominales par arme à feu, indications opératoires. (*Gaz. des hôp.* 16 avril 1887.)
(2) Soc. de chirurgie, séance du 6 février 1889.
(1) Troisième congrès français de chirurgie, 1888.

sente le soldat blessé sur un *champ de bataille*. Frappé par une balle animée d'une grande vitesse, sidéré par un choc violent souvent en état de mort apparente; il a d'abord à attendre de ce fait de longues heures avant d'être relevé de la place où il est tombé. Puis, ce ne sera qu'après avoir subi un transport rude et accidenté, souvent à assez longue distance, qu'il recevra les soins d'un chirurgien du premier échelon sanitaire important, de l'ambulance.

Le local dans lequel est établie cette ambulance n'a plus rien des dispositifs compliqués et si utiles de cette salle d'opération, préparée en vue de la pratique des interventions abdominales. C'est une installation des plus primitives, suffisante à peine pour permettre de faire les opérations expéditives et les plus urgentes de la chirurgie de bataille, une tente, une chambre de ferme, de maison, de village, parfois une grange, un hangar, un abri quelconque, c'est-à-dire des locaux mal éclairés, sales, difficiles ou impossibles à chauffer. Là, il ne saurait être question du calme nécessaire à la pratique d'une opération méticuleuse et le plus souvent très longue; les impressions terribles, les vicissitudes mêmes de la lutte s'y font à tout instant sentir sur tout le personnel, enfin le temps presse, absorbé qu'il est par des centaines de blessés qui réclament ses soins, dont l'urgence est tout aussi grande et l'utilité moins contestable que celles des soins que demande le blessé frappé d'un coup de feu de l'abdomen. Ne serait-il pas presque blâmable, le chirurgien qui, dans des conditions si misérables, incompatibles avec le succès, consentirait à aller à la recherche d'un intestin lésé?

Dans les hôpitaux de campagne, pourrait-il en être autrement? Lorsque, dans les grandes luttes ces hôpitaux se rapprochent du champ de bataille pour venir en aide aux ambulances, leur encombrement est si rapide qu'on ne saurait songer à y faire autre chose que les opérations d'urgence qu'on pratique dans les ambulances mêmes. Quand, au contraire, ces hôpitaux de campagne, dans des conditions plus régulières et moins actives de fonctionnement, viennent se substituer à ces ambulances, vingt-quatre heures, quarante-huit heures après la lutte, il est trop tard pour agir, car s'il est un point sur lequel s'accordent même les partisans déclarés de l'intervention directe, c'est la rareté des guérisons fournies par les opérations pratiquées après les premières vingt-quatre heures.»

Les conditions si défectueuses de la pratique de la chirurgie en campagne paraissent, au savant professeur du Val-de-Grâce, devoir limiter dans la plus large mesure les indications de l'intervention directe et immédiate appliquée aux plaies intestinales. Pour lui ce n'est que sur des blessés de combats de peu d'importance, rapidement transportés dans des ambulances particulièrement bien aménagées, c'est-à-dire dans des conditions favorables mais malheureusement exceptionnelles, qu'il y aurait lieu de recourir à l'opération.

Conclusions. — Le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen par projectiles de petit calibre ne saurait être invariablement précisé Au lieu d'être interventionniste résolu, ou abstentionniste systématique s'il s'agit de plaie pénétrante, il convient au chirurgien de rester sur le terrain de la clinique, déduisant sa détermination d'une foule de circonstances et plus particulièrement des qualités du projectile, des symptômes observés, des conditions d'installation.

Le corps vulnérant agit par sa masse, mais surtout par sa vitesse. Très élevée, cette dernière détermine une perte de substance et l'apparition d'une zone ecchymotique. Les phénomènes explosifs qui se manifestent dans ce cas, contre-indiquent de la façon la plus absolue l'intervention. Avec une vitesse modérée, et surtout faible, la laparotomie pourra être justifiée, mais par la seule intensité des symptômes, le traitement médical étant d'autant plus susceptible de favoriser la guérison spontanée que le projectile est moins déformable et de plus petit calibre.

La réaction péritonéale quelquefois, mais non toujours, l'épanchement sanguin, la sonorité péri-hépatique et le tympanisme abdominal dénotant l'issue abondante des gaz, commandent l'ouverture du ventre, à la condition toutefois de pouvoir être antiseptiquement pratiquée, et surtout de ne point faire délaisser pour une intervention longue et à résultat problématique, les soins efficaces que réclament d'autres blessés. Cette considération, toute extra-médicale qu'elle paraisse, a une importance énorme en temps de guerre.

Pour ce dernier motif, il est malheureusement impossible d'espérer sauver les grands blessés après une importante bataille ou une chaude affaire. Au milieu de l'encombrement, du tumulte et de l'agitation, ils arriveront au reste trop tard à l'hôpital de campagne pour que l'opération puisse y être tentée avec quelques chances de succès. Les dispositions extérieures pour la mener à bien y faisant de plus absolument défaut, nous estimons que la laparotomie pour plaies pénétrantes par projectiles de petit calibre, opération d'urgence s'il en fut jamais, doit être absolument rayée du cadre de celles que pourront avoir à pratiquer en temps de guerre les chirurgiens militaires.

Tout ce que nous pouvons faire, et cela dès le temps de paix, c'est styler nos brancardiers, c'est appeler leur attention sur la gravité des lésions abdominales, c'est solliciter leurs efforts, pour favoriser la guérison spontanée. Se départissant, en ces cas particuliers, de la recommandation qui leur est habituellement faite, ils ne donneront à boire au blessé qu'avec la plus extrême parcimonie. S'opposant à tous mouvements et le relevant à deux, à trois et même à quatre, si les circonstances l'autorisent, afin d'imprimer aux anses intestinales le moins de mouvement possible, ils le placeront sur le brancard. Là, débarrassé de toute constriction, déboutonné, sa lésion mise à découvert et pansée, il sera rapidement emporté pour être dirigé, avec le moins de retard possible, sur l'hôpital de campagne, dernier échelon du service à l'avant, de tous le plus stable et pourvu de quelque confort. Dès son arrivée, une injection sous-cutanée de 2 ou 3 centigr. de morphine devra lui être pratiquée, tandis qu'on fera avaler à sec quelques centigrammes d'extrait d'opium, sans préjudice de ceux qu'il aura pu prendre à son passage au poste de secours ou à l'ambulance. Pendant les cinq ou six jours qui suivront, toute alimentation lui sera supprimée. On trompera la soif avec quelques petits blocs de glace si les ressources locales le permettent, et pour conjurer la faim on donnera, de quart d'heure en quart d'heure, une petite cuillerée de lait, de bouillon ou de vin. Le ventre sera maintenu enveloppé d'une épaisse couche de

ouate, que l'on comprimera par une ceinture de flanelle solidement épinglée.

Le pansement que les brancardiers auront désormais à appliquer sur le champ de bataille devra être fait avec les matières contenues dans le « portefeuille de pansement » dont tout officier et soldat sera dorénavant pourvu. Chacun de ces derniers aura été muni, par les soins du service de santé, au moment de la mobilisation, d'un paquet ayant la forme d'un petit portefeuille plat qu'il portera dans la poche de son dolman, veste ou capote, et composé : 1° d'une enveloppe en tissu de coton ; d'une deuxième enveloppe en tissu caoutchouté, mettant le contenu à l'abri de l'humidité; 3° d'un gâteau de ouate rendu aseptique par le séjour préalable dans une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 100; ce gâteau, entouré de tarlatane pour empêcher son effilement, peut se diviser en deux parties dans le cas de blessure double (trous d'entrée et de sortie de la balle); 4° d'une petite compresse en gaze de soie, également aseptisée par le bichlorure; 5° d'un morceau de tissu caoutchouté, analogue à celui de la deuxième enveloppe, empêchant le desséchement de la plaie et du pansement; 6° d'une bande de 6 centim. de large et de 7 mètres de long en gaze de soie, également bichlorurée; 7° enfin, d'épingles de sûreté, vulgairement dites de nourrice, enveloppées de papier et mises entre les deux enveloppes pour que le métal ne soit pas attaqué par le bichlorure de mercure.

Le paquet antiseptique aura l'avantage, d'abord, de fournir au médecin du régiment un matériel de pansement presque suffisant pour les premiers besoins du champ de bataille, sans qu'il soit obligé de recourir à ses approvisionnements, ensuite, de mettre rapidement la blessure à l'abri de l'infection qui pourrait lui être apportée par son contact avec les doigts et avec la terre.

Index bibliographique. (*Suite et fin.*)

1890. Barow. — Plaies par armes à feu de l'abdomen, avec observations cliniques. (*Journ. of the Amer. Med. Ass*, 9 août.)

— Bernays. — 5 laparotomies pour plaies par armes à feu des viscères abdominaux; trois guérisons; deux morts. (*Berl. Klin. Wochens.*, 4 août.)

— Casati. — Plaie d'arme à feu ayant traversé l'estomac; guérison spontanée. (*Raccogl. Med.*, V, p. 157.)

— di Fede. — Plaie par arme à feu de la paroi abdominale avec hernie de l'estomac; laparotomie; guérison. (*Giorn. Med. d. r. esercito et de mar*, II, p. 129.)

— Körte. — Les blessures abdominales par les armes à feu; leur importance au point de vue de la chirurgie militaire; leur traitement. (*Berl. Klin. Wochens.*, 27 janvier.)

— Mauclaire. — *Archives de médecine*, janvier.

— Morton. — 234 laparotomies pour traumatismes. (*Jour. of the Amer. Med. Ass.*, 4 janvier.)

— Reclus. — Des perforations traumatiques de l'estomac et du gros intestin. (*Gaz. hebd.*, II, p. 281.)

— Sachs. — 3 petites contributions à la chirurgie de l'intestin.) (*Centr. bl. f. Chir.*, 27 septembre et 4 octobre.)

— Schachner. — Blessures de l'abdomen par armes à feu. (*Annals of Surg.*, 7 juin.)

— Uric. — Coup de feu des grands viscères abdominaux, foie, reins, etc.; guérison. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, II, 74, p. 319.)

— Voss. — Blessures de l'abdomen; observations. (*St-Pétersb. Med. Woch.*, II.)

1891. Baracz (R. von). — 5 résections de l'intestin; contribution à la chirurgie de l'intestin. (*Arch. f. Klin. Chir.*, XLII, 3.)

— Berger (P.) — Plaie de l'intestin grêle et du cœcum par balle de revolver; laparotomie; guérison. (5e Congrès de chirurgie, séance du 31 mars.)

— Chaput. — Étude expérimentale sur le traitement des plaies de l'intestin chez le chien. (Société de chirurgie, séance du 21 octobre.)

— Coley (W.-B.). — Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par arme à feu; analyse de 165 cas traités par la laparotomie. (*Americ. Journ. of the Med. Sciences*, mars.)

— Estor (E.). — Quelques expériences sur les plaies pénétrantes de l'intestin grêle; plaies par balles de revolver du calibre de 5 millim. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Montpellier*, 12 avril.)

— Manley (Th.). — 4 cas de plaies pénétrantes par armes à feu des cavités cranienne, pleurale et péritonéale. (*Med. Record*, 8 juillet.)

— Martin et Hare. — Traitement chirurgical des plaies et de l'obstruction de l'intestin. (In-8°, de 169 p. Philadelphie.)

— Wassilieff. — Quelques remarques sur le traitement des lésions traumatiques de l'abdomen. (*Revue de chirurgie*, 10 novembre.)

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

Deux médecins de Berlin, MM. Canon et Pielicke, viennent de publier (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 16, p. 377) les résultats de recherches bactériologiques qui ont porté sur des échantillons de sang provenant de 14 malades atteints de la rougeole. Ces recherches ont abouti à la découverte d'un nouveau bacille, qui serait, d'après les deux auteurs, le germe pathogène de la rougeole. Le sang était tiré d'un doigt, au moyen d'une piqûre, recueilli entre deux couvre-objets. Après dessiccation, la préparation était déposée dans l'alcool absolu, où elle séjournait pendant cinq minutes au moins.

Pour colorer les préparations, les deux auteurs se sont servis tantôt d'une solution d'éosine et de bleu de méthyle ainsi composée :

Solution aqueuse concentrée de bleu de méthyle... 40 p.
Solution à 1/4 0/0 d'éosine (dans de l'alcool à 70°)... 20 p.
Eau distillée... 40 p.

Les préparations étaient déposées dans de l'alcool absolu pendant cinq à dix m., puis elles séjournaient pendant six à vingt heures dans la solution colorante, exposée à une température de 37° (dans l'autoclave). D'autres fois les préparations ont été colorées avec la solution suivante :

Solution aq. concentrée de bleu de méthyle... 80 p.
Solution d'éosine à 1/4 0/0 (dans l'alcool à 70°)... 20 p.

La coloration se faisait également à l'autoclave, dans deux à trois heures de temps.

Le bacille en question se voyait coloré en bleu sur ces préparations. Souvent, la teinte bleue était uniforme, d'autres fois les extrémités du bacille présentaient une teinte plus intense. Les dimensions du bacille sont très variables; tantôt sa longueur atteint le rayon d'un globule rouge, d'autres fois, elle est beaucoup plus petite et alors le microorganisme se présente sous l'aspect d'un diplocoque. Entre ces deux extrêmes on trouve une foule de degrés intermédiaires. Parfois, ces ba-

cilles atteignent le diamètre d'un globule rouge, et alors on voit des parties incolores alterner avec des parties colorées. Souvent aussi ces bacilles longs sont incurvés; on les rencontre dans des préparations de sang recueilli vers la fin d'une atteinte de rougeole.

MM. Canon et Pielicke considèrent ce bacille comme un micro-organisme sui generis et comme l'élément pathogène de la rougeole. Le nombre des bacilles qu'on trouve dans le sang des malades atteints de cette maladie varie dans des proportions très considérables; quelquefois, les bâtonnets étaient isolés, mais le plus souvent (12 fois sur 14), ils étaient agglomérés sous forme d'amas composés de 8-20 individus. Dans ces amas, les bacilles ont une tendance à se grouper parallèlement les uns aux autres. Ils ont été trouvés dans le sang des malades pendant toute la durée d'une atteinte de rougeole, une fois même, pendant les trois jours qui ont suivi une défervescence.

Les auteurs ont poursuivi leurs recherches sur des échantillons de sang provenant de 7 enfants qui se trouvaient au décours d'une atteinte de rougeole; les recherches de cette seconde série ont toujours abouti à des résultats négatifs. Ils ont examiné ensuite le sang d'un enfant qui venait de succomber à une rougeole sans complications, sang recueilli dix heures après la mort. Les résultats de cet examen ont été douteux.

Quelques préparations ont été colorées par le procédé de Gram; les bacilles ne se sont pas imprégnés de matière colorante.

Des bacilles de même forme que ceux qui viennent d'être décrits ont été trouvés dans l'expectoration, dans le mucus nasal et conjonctival des malades.

Des essais de culture faits avec du sang tiré d'un doigt et ensemencé sur de la glycérine-agar, dans du sérum sanguin et dans du lait de femme n'ont pas abouti. D'autres ensemencements faits dans du bouillon ont fait éclore des bacilles d'une forme absolument identique à celle des bacilles décrits ci-dessus. Ce n'est que quelques jours après l'ensemencement que les bacilles prenaient un aspect légèrement trouble. Il se formait de petits flocons, qui remontaient à la surface du liquide quand on agitait le récipient. Dans les cultures ainsi obtenues, les bacilles présentaient les mêmes différences de forme et de teinte qui ont été signalées plus haut; ils ne se coloraient pas non plus par le procédé de Gram; enfin ils paraissaient être doués d'un mouvement propre, faible. Réensemencés sur de la glycérine-agar et sur du sérum sanguin, ces bacilles n'ont pas donné de culture.

Les ensemencements faits suivant le procédé de Bruschettini ont également donné des résultats négatifs; de même pour les ensemencements faits suivant le procédé employé par Wertheim pour la culture du gonocoque.

En terminant, les auteurs concluent que les bacilles trouvés par eux dans le sang des malades atteints de la rougeole, diffèrent des microorganismes qu'on avait décrits précédemment comme étant en rapport avec cette maladie.

E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES INFECTIEUSES

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE ET DE LA ROUGEOLE MALIGNES PAR LES BAINS FROIDS, par G. Guérin. — Thèse Paris.

Chaque fois que, dans une maladie infectieuse, se présente un cortège d'accidents nerveux, tels qu'agitation extrême, délire continu, ataxie, etc., il est indiqué de le rompre par l'administration des bains froids.

L'hyperthermie est une indication moins nette; et si le bain froid n'avait d'autre action que d'abaisser la température, si en favorisant les oxydations, il n'arrivait à rendre solubles et à éliminer les principes toxiques (A. Robin) dans une diurèse augmentée, sans doute qu'il aurait rejoint dans l'oubli où ils expient leurs méfaits, l'antipyrine, l'acide phénique et maints autres antithermiques funestes (A. Robin). L'auteur conseille les bains de 20 à 24 degrés, refroidis suivant les cas, jusqu'à 20 degrés. Il considère comme contre-indications l'endocardite, la péricardite, la tuberculisation aiguë, les pleurésies abondantes. On s'abstiendra de même de la médication réfrigérante chez un rhumatisant.

M. Guérin ne parle de l'emploi du drap mouillé que comme d'un pis-aller. Et cependant, ce mode de traitement est plus facilement accepté par la clientèle : il y a neuf ans, dans une épidémie de scarlatine terrible où des malades étaient emportés en vingt-quatre et trente-six heures, nous avons retiré des effets merveilleux du drap mouillé.

LA RUBÉOLE EN 1890, par G. Lazard. — Th. Paris.

Après une période d'incubation comprise entre douze et quinze jours, l'éruption paraît brusquement, à l'insu de l'enfant qui ne se sent pas malade. Elle débute à la face et au cou par des taches rosées, à bords irréguliers, non saillantes, quelquefois légèrement papuleuses et s'effaçant momentanément sous la pression du doigt. Cette éruption rappelle celle de la rougeole.

Puis rapidement, elle se généralise, mais en affectant un polymorphisme caractéristique. Au pli du coude, à la région inguinale et aux genoux, l'exanthème s'étale sous forme de placards scarlatiniformes, d'une teinte rouge sombre qui va en s'atténuant du centre à la périphérie. En même temps apparaissent des symptômes d'irritation du côté des muqueuses, coryza, larmoiement, angine. Les ganglions cervicaux, mastoïdiens et sous-maxillaires sont engorgés.

La maladie est apyrétique ou évolue avec peu de fièvre, et guérit en quatre ou cinq jours, en donnant lieu quelquefois à une desquamation écailleuse très fine.

L'auteur démontre que la rubéole est épidémique et contagieuse et sépare nettement cette maladie de toutes les autres fièvres éruptives.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MANIFESTATIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE, par L. Bosnières. — Th Paris.

La suppuration des complications osseuses au cours de la fièvre typhoïde peut être due au bacille d'Eberth. L'auteur signale à cet égard des observations de Chantemesse qui ne laissent guère prise au doute. Il attribue également les suppurations articulaires au même micro-organisme, mais ne fonde cette opinion sur aucune recherche bactériologique.

Nous ajouterons qu'à l'opposé de la rougeole, la rubéole bien souvent ne se réclame pas d'une rubéole antérieure et semble naître spontanément.

De plus, et en cela elle se rapproche des autres maladies à germe médiocrement spécifique, elle restreint son périmètre de contagion à un rayon assez court, plus court assurément que celui de la rougeole.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE, par R. DAUVERGNE. — Th. Paris.

L'auteur, élève de Lancereaux, a vu traiter par son maître, 119 typhiques; six d'entre eux ont succombé. Cette faible mortalité n'est pas due à l'emploi des bains froids. La méthode des indications a suffi pour l'établir. Les bains froids sont à l'occasion chose excellente, nous venons de le soutenir, ils ne constituent pas un spécifique de la fièvre typhoïde; et à les prescrire toujours et quand même, dans cette médication systématique s'appliquant aux cas les plus disparates, suivant une méthode schématiquement tracée à l'avance, dans cet exclusivisme têtu, hostile à tout autre traitement, on trouve un je ne sais quoi d'outré qui ressemble singulièrement à du fanatisme.

FIESSINGER.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR L'AIR, par Ch.-E.-P. LASSIME. — Th. Paris.

Si le rôle de l'eau dans l'étiologie de la fièvre typhoïde est un fait aujourd'hui pleinement accepté, il ne s'ensuit pas que l'on doive refuser absolument à l'air, comme certains ont voulu le faire, le pouvoir d'être à l'occasion le véhicule du germe. Il suffit de se reporter aux faits relatés par Murchisson, par Leuret, par Gendron, par Piedvache, par Budd et par une pléiade de médecins militaires français et étrangers pour avoir la certitude que le contage typhique peut se propager de lit en lit, de salle à salle, alors que l'air en est le seul substratum possible.

Par des experiences fort bien conduites, M. Lassime a démontré que le bacille typhique se trouvant dans un milieu sec peut être transporté par l'air humide, que, pénétrant dans nos voies respiratoires il détermine les accidents pulmonaires plus ou moins graves qui sont, dans la majorité des cas, une des premières manifestations cliniques de la maladie.

Cette fièvre typhoïde pneumonique ou pneumo-typhoïde comme on a voulu l'appeler, caractérisée par la présence d'une quantité de bacilles d'Eberth dans l'épaisseur du tissu pulmonaire, est capable d'évoluer sans entraîner les lésions anatomo-pathologiques des plaques de Peyer, qui pendant un certain temps avaient été considérées comme pathognomoniques de la dothiénentérie.

Ch. AMAT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Votée par le Sénat, le 7 avril 1892

(Discutée dans les séances des 17, 18 et 21 mars. 1er, 4, 5 et 7 avril 1892.

(Suite et fin) (1).

Il ne nous reste encore maintenant à signaler, à l'attention de qui de droit, que les quelques rectifications ci-après :

I. — S'il résulte, en somme, clairement, des travaux préparatoires de la loi que les sages-femmes de 2e classe perdent le droit que leur accordait l'article 8 du projet voté par la Chambre des députés, d'exercer sur tout le territoire de la République comme celles de 1re classe, il est à remarquer cependant que le nouveau texte ne s'en explique pas, et il ne serait peut être pas inutile de le faire, puisque la loi de ventôse qui les confinait dans le département pour lequel elles avaient été reçues, est entièrement abrogée.

II. — Pourquoi, dans l'article 12 relatif à la prescription, conserver l'expression « chirurgiens, » puisque le grade de docteur en chirurgie est aboli par la loi nouvelle? L'expression générique de « médecin » serait parfaitement suffisante. A ce propos, pourquoi avoir affublé les dentistes de la qualification de chirurgiens-dentistes, à la différence de ce que faisait le projet de la Chambre? Ils auront ainsi l'air d'être les seuls chirurgiens subsistants.

III. — L'article 17 porte, dans son dernier paragraphe, que les garde-malades ne seront point soumises aux prescriptions concernant l'exercice illégal de la médecine. C'est leur laisser une singulière latitude. Enfin le même paragraphe en dit autant de ceux qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction des dents. Ne faudrait-il pas employer, de préférence, le terme plus général de « dentiste », afin d'atteindre plus sûrement tous ceux qui exerceront illégalement cette profession?

IV. — Nous avons déjà fait observer, sous l'article 21, que l'usage n'est généralement pas d'accompagner son nom des expressions « docteur en médecine » mais seulement du mot « docteur ». Cet article, pour être efficace, devrait donc punir celui qui fait usage de cette dernière qualification et non celui qui fait précéder ou suivre son nom du titre de docteur en médecine, sans en indiquer l'origine étrangère. A quoi bon, enfin, dire dans cette même disposition, que c'est là une usurpation du titre français de docteur en médecine, puisque la peine est spécialement prononcée par l'article 21 et non plus par l'article 20 relatif à l'exercice illégal avec usurpation de titre?

V. — L'article 22, concernant la pénalité applicable à ceux qui n'ont point déclaré les maladies épidémiques, continue à ne viser que les docteurs et officiers de santé, et laisse de côté les sages-femmes. Il paraît bien résulter de la discussion qui a eu lieu au Sénat, sur l'article 16, que cette omission est volontaire; mais alors il faut faire disparaître la sage-femme de l'article 16, car une obligation dépourvue de sanction n'en est pas une.

VI. — On comprend la pensée qui a conduit le législateur à autoriser la suspension et l'interdiction de ceux qui ont été condamnés à l'étranger; toutefois la disposition nouvelle insérée dans la loi à cet égard, est dangereuse et dénuée de précision. Comment, en effet, assimiler, sur une aussi large échelle, la législation pénale étrangère à la nôtre? Il est clair que les éléments d'un bon nombre des délits prévus par l'article 27 peuvent être essentiellement différents chez les nations étrangères. En outre, la classification et la qualification des peines varient suivant chaque pays. La disposition nouvelle ne saurait donc être conservée telle quelle sans le plus grave inconvénient.

VII. — En ce qui concerne l'article 28, il est utile de faire remarquer, à nouveau, qu'il ne devrait certainement pas viser les articles 21 et 22 absolument étrangers à la question.

VIII. — L'article 31 porte que les officiers de santé transi-

(1) Voir le numéro précédent

toirement maintenus seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine. Est-ce absolument exact? Nous ne le pensons pas. C'est ainsi que nous avons déjà soutenu qu'ils ne seraient point tenus de déférer à toutes réquisitions de la justice, comme les docteurs et sous les pénalités rigoureuses de l'article 26, mais uniquement au cas de flagrant délit ou de calamité publique par application de l'article 475 du code pénal qui ne prononce qu'une amende de 6 à 10 francs. La nouvelle rédaction de l'article 31 appelle une explication à cet égard.

Ne pourrait-on aussi, sur certains points, préciser les droits des officiers de santé? Ainsi, ne devrait-on pas stipuler, dans l'article 4, que, pour les accouchements laborieux, les sages-femmes auront dorénavant le droit d'appeler un docteur ou un *officier de santé*, puisque désormais, les officiers de santé ont le droit de pratiquer, seuls, toutes les opérations? De même dans l'article 11, ne devrait-on pas accorder aux officiers de santé, comme aux docteurs, le droit de délivrer des médicaments?

IX. — Nous avons déjà mentionné l'inutilité absolue de l'article 35 qui maintient aux sages-femmes actuelles le droit d'exercer leur profession. Ce n'est pas plus douteux que le droit des docteurs eux-mêmes.

Il reste à s'expliquer, toujours laconiquement, sur deux questions fort importantes, à savoir : La déclaration des maladies épidémiques, les associations syndicales.

La déclaration des maladies épidémiques. — Nous avons déjà, par deux fois, mais vainement poussé le cri d'alarme. Si la Chambre des députés maintient cette disposition, c'en est fait du grand et salutaire principe du secret médical, cette arche sainte de la médecine sur laquelle jusqu'à ce jour, une seule loi postérieure à l'article 378 du Code pénal, celle du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire, avait osé porter une main profane, en ce qui concerne les maladies pestilentielles telles que choléra, fièvre jaune et peste. Encore cette loi restreinte à ces graves et exceptionnelles maladies n'est-elle applicable, aux termes de son article 1er, qu'aux portions du territoire français déterminées par un décret préalablement publié et affiché. Dorénavant, par le temps de microbes qui court, la plupart des maladies seront susceptibles de passer dans l'arrêté ministériel dont nous menace l'article 16 et de nous exposer tous et à tout instant, sur quelque point du territoire que ce soit, aux dénonciations de nos médecins, et aux diverses mesures plus ou moins vexatoires et préjudiciables qui ne manqueront pas d'en être la conséquence si l'on veut obtenir le résultat que l'on se propose d'atteindre. En sorte que le médecin qui était l'ami, le confident de la famille, ne tardera pas à être plus redouté que la peste elle-même, si sa dénonciation à l'autorité amène à sa suite, comme ce n'est que trop vraisemblable, l'intervention de la police qui violera la demeure des particuliers, ordonnera l'enlèvement des malades, prescrira les mesures les plus saugrenues et fera poser le drapeau noir à la porte de nos domiciles, pour en interdire l'entrée. N'avait-on pas assez déjà du service, de l'instruction, de la vaccination et autres choses obligatoires, sans nous donner encore la médecine et l'hôpital obligatoires?

On comprend certes, à merveille, la louable intention qui anime les auteurs de cette proposition, mais, sans méconnaître l'intérêt supérieur de la santé et de l'hygiène publiques, il est bien permis de demander que tout ce que nous avons de plus cher ne soit pas ainsi livré d'un trait de plume, aux fantaisies, à l'arbitraire d'une administration trop souvent tracassière, inflexible et irresponsable, qui se gardera bien d'indemniser ensuite les familles qu'elle aura ruinées par ses prétendues mesures préventives. Le remède ne doit pas être pire que le mal lui-même. La loi de 1822, pour les cas graves et exceptionnels qu'elle prévoit, et dans les circonstances qu'elle précise, n'était-elle pas suffisante?

L'intérêt général que l'on fait sonner si haut, pour justifier la mesure, pourrait être invoqué dans bien d'autres cas. En son nom, le médecin ne devrait-il pas, à fortiori, dénoncer le crime dont il a eu connaissance, révéler la maladie transmissible dont est atteint un client qui est sur le point de contracter mariage, etc... En semblable circonstance celui qui serait l'objet de la révélation aurait-il, au moins, un grave reproche à s'adresser, à la différence du malheureux que vient surprendre une maladie épidémique.

Quant à la discrétion de l'administration qui recevra la confidence, nous savons par expérience, quel cas il en faut faire. On n'a pas oublié l'histoire des feuilles de recensement contenant les secrets les plus intimes des familles et vendues à des épiciers. De même, tout le monde peut voir affichée, sous la porte de la mairie du VIIIe arrondissement de Paris notamment, la liste des jeunes gens qui ont tiré au sort dans l'année, avec l'indication de leurs diverses infirmités. Voilà l'usage que l'administration fait des secrets qu'on est obligé de lui confier, sans que la justice poursuive ou sans que l'on songe seulement à admonester les coupables.

Nous avons du reste entendu de nombreux médecins protester contre la pénible situation qui leur sera faite et déclarer qu'en pareil cas, *leur diagnostic ne sera jamais établi*, pour employer les expressions dont se sert l'article 16 lui-même.

M. Lourties a d'ailleurs fait cette déclaration au Sénat : « Je ne peux laisser passer cet article, sinon sans protestations, au moins sans observations. Ma conclusion sera de demander ou le renvoi de l'article 16 à la Commission ou la suppression pure et simple de cet article, ainsi que de l'article 22 qui s'y rattache... Le moins que nous puissions demander, c'est d'être clairement renseignés sur la façon dont l'article 16 recevra son exécution. Vous faites une loi sur la médecine ; je crois que vous faites aussi une loi contre les médecins... Enfin il y a le règlement d'administration publique qui déterminera la liste des maladies épidémiques... Elle sera plus ou moins longue, mais il n'est pas inutile de savoir quelle en sera l'étendue... Il faut savoir ce que parler veut dire... J'ajoute que l'article 16 et l'article 22 ne devraient pas figurer dans un projet de loi sur l'exercice de la médecine, mais dans un projet de loi sur l'hygiène publique... »

M. Brouardel lui-même a dit : « L'article 16 a beaucoup ému certains de nos confrères. » A ce sujet M. Brouardel continue en citant certains faits qui ne viennent pas précisément à l'appui de la mesure qu'il sollicitait. C'est ainsi qu'il parle d'un puits Normand qui a causé plus de 6 épidémies de fièvre typhoïde. Pourquoi ce puits reste-t-il inviolable, s'écrie-t-il, parce que jamais un médecin n'a dit à l'administration : « Voilà un puits qui empoisonne! » — C'est bien cela, c'est le puits qu'il faut dénoncer et non les malades. Et plus loin, M. Brouardel ajoute : « Ce sont toujours les mêmes maisons et les mêmes quartiers qui sont contaminés. A Angoulême il y avait des épidémies fréquentes de fièvre typhoïde; en 1889 on fait une adduction d'eau pure et, depuis, il n'est mort que 5 personnes de la fièvre typhoïde à Angoulême. » Nous voilà encore

d'accord avec M. Brouardel. De grâce, ne nous dénoncez pas à tout propos, ne nous envoyez pas la police pour nous enlever notre femme, nos enfants malades, mettre notre maison à l'index et, par suite, nous ravir tous nos moyens d'existence sans le moindre espoir d'indemnité. Faites mieux, admirable administration : avec les impôts chaque jour plus excessifs que vous nous arrachez, démolissez les maisons et les quartiers malsains que vous connaissez à merveille et depuis longtemps, assurez-nous l'eau pure et salubre, ne contaminez pas, comme à plaisir, l'eau de la Seine notamment, ainsi que vous l'avez fait, en transformant le fleuve, à l'aide de vos barrages et écluses, en une sorte de canal, aux eaux stagnantes et fangeuses; exigez aussi que tous les locaux destinés à recevoir le public, que tous les établissements où nos enfants reçoivent l'instruction, soient aérés, éclairés et chauffés selon les règles de l'hygiène, ainsi que nous l'avons déjà vainement demandé. Voilà des mesures qui, au moins, sont bien du seul domaine de l'autorité et qui sauveront, croyez-le, infiniment plus d'existences humaines, que vos dénonciations quotidiennes à la police et que l'intervention tracassière, maladroite, brutale et ruineuse de celle-ci, dans nos intérieurs et notre manière de nous soigner.

A quoi bon avoir écrit tant de belles pages, sur le secret médical, pour en arriver à faire cette déclaration à la tribune : « On dit : Et votre serment des Facultés de Montpellier et de Paris : *Arcana Ägrorum*, etc.. ? — Mais il faut qu'il y ait des arcanes et il n'y en a pas. C'est un argument qu'on a présenté un peu par crainte de blesser les clients. » En faut-il conclure que ces magistrales pages où le respect du secret est, en quelque sorte, poussé à l'excès, doivent être déchirées ? Poursuivant le secret médical de son ironie, M. Brouardel ajoute : « On est allé chercher des cas exceptionnels et on m'a dit : un monsieur peut avoir été pris du choléra foudroyant chez une dame chez laquelle il n'aurait pas dû être. C'est là, d'abord, un cas très rare (*hilarité générale!*) » Puis il cite, sérieusement alors, l'histoire contée, dans la clinique de Trousseau, de la fille d'une mercière de la rue de l'Echiquier, atteinte de la variole, qui transmettait la maladie à 17 de ses clients, pas un de plus, en leur livrant de la mercerie dans des petits morceaux de papier ! En admettant que ce bon Trousseau ait jamais été en mesure d'établir que les 17 personnes atteintes avaient réellement contracté la maladie en allant acheter pour un sou de fil chez la mercière de la rue de l'Echiquier, ce qui paraît assez douteux de prime abord, il faut reconnaître que c'est là aussi un cas exceptionnel contre lequel il est bien difficile de se prémunir, à moins d'établir la quarantaine rigoureuse et impossible que nous redoutons précisément. Dans cet ordre d'idées, où s'arrêter alors ? Les malades devront se passer de tous soins, et, tout médecin qui aura déclaré une maladie épidémique devra lui-même, devra lui surtout être immédiatement privé de communication avec ses semblables, par un juste retour des choses d'ici bas ! Personne n'ignore, en effet, que les médecins sont d'actifs agents de transmission des maladies contagieuses. M. Brouardel l'a constaté, en ces termes, à la tribune du Sénat : « Une sage-femme peut avoir chez elle une épidémie de croup, de variole, de fièvre puerpérale. Je puis citer l'exemple aux portes de Paris, de douze femmes visitées par la même sage-femme et qui ont succombé à cette affection en moins de trois semaines. » Ce qui n'empêche pas M. Brouardel d'ajouter : « Je ne dis pas, entendez-le bien, que la fièvre puerpérale sera visée par l'Académie de médecine... Si nous pouvons supprimer la fièvre puerpérale, nous en serons très heureux. » Enfin, plus loin encore, M. Brouardel assure que la sage-femme qui n'aura pas déclaré une maladie n'encourra aucune pénalité. En vérité qu'est-ce que tout cela signifie ?

En terminant nous tenons à déclarer que nous avons exprimé ici une opinion personnelle n'engageant en rien le journal qui se réserve de traiter la même question en un tout autre sens.

Les associations syndicales. — Comme nous l'avons déjà dit, il est très bon de permettre aux médecins de se constituer en syndicats, mais il est regrettable de faire, pour eux seuls, une loi qui se trouve constituer, en leur faveur, une sorte de privilège en leur reconnaissant un droit que la jurisprudence, si elle persiste dans son erreur, pourra continuer à refuser aux autres professions libérales. Il faut la liberté d'association pour tous ou pour personne. C'est du reste la thèse qui a été soutenue au Sénat, mais sans succès. Ajoutons que la proposition formulée devant le Sénat, d'instituer une sorte d'ordre des médecins, à l'instar du Barreau, a été également repoussée.

L'inconvénient qu'il y a à ne pas procéder à une réforme d'ensemble, à faire ainsi des lois, pour des catégories de citoyens, se manifeste clairement dans la nouvelle rédaction de l'article 14 relatif aux syndicats dont la constitution n'est permise aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, qu'à l'égard des personnes autres que l'État, les départements et les communes. On aboutit, de la sorte, à créer diverses catégories de syndicats. Pour le moment, on a les syndicats d'ouvriers qui peuvent se liguer contre les administrations publiques et les syndicats de médecins auxquels c'est interdit; nous eussions été tenté de décider le contraire. En tous cas, pour peu que cela continue, quelle admirable harmonie va régner dans la législation !

A. Lechopié,
Avocat à la Cour de Paris.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

DE LA MÉDICATION CATHARTIQUE

Le médecin appelé à prescrire à ses malades une eau minérale purgative, se trouve parfois fort embarrassé par la multiplicité même de ces eaux.

Les malades ont en effet leurs exigences; ils veulent une eau dont la saveur soit, sinon agréable, du moins supportable, une eau ne donnant pas lieu à des coliques intestinales, une eau enfin, et cette dernière exigence n'est que trop légitime, dont l'action soit sûre, prompte, complète.

Il serait oiseux de refaire, une fois de plus, un tableau comparatif des eaux minérales naturelles purgatives tant françaises qu'étrangères et puisque nous avons, pour répondre aux desiderata de nos malades, une eau purgative à effet complet, prompt et sûr, il est, pensons-nous, de notre devoir strict de la leur faire connaître.

L'eau minérale naturelle purgative de Rubinat a sa source en Espagne dans la province de Lérida, sur les confins de la Catalogne. L'aspect de cette source est fort pittoresque grâce à la quantité considérable des cristaux d'un blanc de neige qu'on aperçoit à plusieurs mètres de son point d'émergence et qui sont dus aux efflorescences que subit, sous l'influence des agents atmosphériques, le sulfate neutre de soude hydraté.

L'eau de Rubinat, au sortir de la source, a une température de 13 degrés centigrades; sa saveur est nettement saline, sa transparence et sa limpidité sont parfaites. Un détail à noter, détail qui présente une importance capitale au moment de l'administration de l'eau, c'est qu'à une basse température, les sels qu'elle renferme se cristallisent en partie, pour se redissoudre en même temps que la température se relève.

L'analyse officielle, d'après le rapport de l'Académie de médecine, donne pour la composition de l'eau de Rubinat, source du Dr Llorach, les chiffres suivants :

Pour un litre (1.000 grammes d'eau) :

Sulfate de soude	96.265
— de magnésie	3.268
— de potasse	0.239
— de chaux	1.949
Chlorure de sodium	2.055
Silice, alumine et oxyde de fer.	0.038
	103.814

Aucune autre eau minérale purgative ne renferme à quantité égale une proportion aussi forte de sels purgatifs. Nous disons à quantité égale, car, des analyses des autres eaux il semblerait ressortir une infériorité très marquée au détriment de l'eau de Rubinat, source du Dr Llorach.

Il est utile de rappeler que toutes ces analyses ont porté (1) sur des quantités d'eau dix fois plus grandes que celles qui ont servi de base au rapport de l'Académie (2). C'est même la richesse en sels purgatifs de l'eau de Rubinat qui avait fait émettre des doutes sur l'authenticité des chiffres de sa composition en tant qu'eau naturelle.

L'Académie s'était émue, avait envoyé un stagiaire à la source et c'est à la suite d'un travail du Dr Boutarel que l'analyse officielle était venue réduire à néant les doutes que nous venons de signaler. De l'analyse même que nous citons plus haut, il résulte donc en toute évidence que l'eau minérale purgative de Rubinat est la plus riche en principes salins et que de plus nous trouvons en elle le type des solutions concentrées qui agissent si utilement et si puissamment sur l'organisme en excitant à la fois la sécrétion intestinale et la sécrétion rénale, sans irriter la muqueuse de l'intestin et sans ébranler inutilement l'économie.

Cette action puissante et bienfaisante, nous sommes à chaque pas obligés d'y avoir recours ; il ressort en effet de l'étude des diverses théories médicales que l'action des purgatifs peut être d'un secours précieux dans le traitement des maladies les plus diverses. Qu'on veuille faciliter l'élimination des matières normales contenues dans l'intestin, augmenter la production naturelle de ces mêmes matières, ou bien en accroître la quantité par voie d'irritation, c'est toujours aux purgatifs, et aux purgatifs salins qu'il faudra s'adresser pour obtenir l'un ou l'autre de ces effets.

Il est bien évident que le médecin est dans son droit lorsqu'il demande aux purgatifs autre chose que de provoquer des selles, si abondantes soient-elles; en dehors de cette action évacuatrice, la médication purgative fait naître naturellement l'idée de dépuration, d'expulsion de matériaux toxiques, de réaction sur tout l'organisme. A ces titres si divers, nous pouvons dire que toutes les affections du tube digestif, de la glande hépatique, les affections du cœur ou des reins pour ne citer que les plus fréquentes, sont au nombre des maladies qui réclament impérieusement l'intervention de la purgation saline.

Dans un prochain article, nous nous proposons d'étudier l'action de l'eau de Rubinat Llorach dans le traitement des affections du tube digestif.

Dr BERTON

(1) Constantin Paul. Comptes rendus de la Société thérapeutique de Paris. *Journal d'Hygiène*, n° 234. Paris, 17 mars 1881.

(2) Rapport du 3 avril 1880.

BULLETIN

Congrès français de chirurgie : Séance d'ouverture. — Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales. — De la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

Académie des sciences. : Loi d'apparition du premier point épiphysaire des os longs.

Académie de médecine : L'épidémie de grippe de 1889-1890 en France. — Extirpation d'un utérus et d'une trompe herniés chez un homme. — Appendicite infectieuse aiguë. — Rétraction de l'aponévrose palmaire et autoplastie. — Traitement de la pleurésie.

La sixième session du Congrès de chirurgie constitue l'événement le plus important de la semaine. M. Demons, qui a eu l'initiative de ces assises annuelles, et qui préside le Congrès actuel, peut être justement heureux et fier de l'œuvre qu'il a conçue. Une part importante dans le succès revient sans conteste au laborieux et zélé secrétaire général, M. Pozzi, et, dans les félicitations qu'on ne saurait trop prodiguer aux promoteurs du Congrès français de chirurgie, il est impossible de ne pas associer les noms de nos deux savants confrères.

L'assemblée, comme les années précédentes, a réuni l'élite des chirurgiens de Paris, des départements et plusieurs de l'étranger, parmi lesquels M. Harrison, délégué du gouvernement anglais, Roux (de Lausanne), Reverdin (de Genève); Thiriar (de Bruxelles), Léonté (de Bucharest), etc.

Allocution du président et réplique de M. Verneuil vivement applaudies; compte rendu du secrétaire général; rapport du trésorier, tel a été le programme de la séance générale d'ouverture. Ont été nommés présidents d'honneur, MM. Gross (Nancy), Poncet (Lyon), Auffret (Brest), Rochard, Polaillon, Terrier (Paris), Bloch (Copenhague), Harrison (Londres), Ehrmann (Mulhouse), Roux (Lausanne), Hicquet (Liège), Ceci (Gênes).

On a pu voir, par le programme inséré dans le précédent numéro de la *Gazette médicale*, que les séances du Congrès sont consacrées, les unes à l'étude des questions mises à l'ordre du jour par le bureau, les autres à des questions diverses laissées à la libre initiative de chacun des membres. Nous donnerons dans la *Gazette médicale* un aperçu général des travaux du Congrès, et la *Revue générale* publiera une analyse des principales communications. Nous nous bornerons aujourd'hui à appeler plus particulièrement l'attention sur deux de ces travaux : le rapport de M. Jeannel sur la première question à l'ordre du jour, relative à la pathogénie et au traitement des gangrènes chirurgicales; la nouvelle communication de M. Lannelongue sur les résultats de la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

M. Jeannel commence par séparer la gangrène de la putréfaction. La première est la mortification des tissus ; la seconde est leur fermentation septique. Celle-ci s'ajoute sans doute le plus souvent à celle-là, mais pas toujours, et il est des gangrènes primitivement aseptiques, celles, par exemple, qui

sont le résultat d'une oblitération vasculaire. Par contre la gangrène peut être consécutive à l'inoculation d'un microbe septique, à la septicémie. Il y a donc, suivant notre confrère, au triple point de vue pathogénique, clinique et thérapeutique, une différence à établir entre la gangrène qui septicémie et la septicémie qui gangrène.

La gangrène, tant qu'elle demeure aseptique, n'est ni contagieuse, ni envahissante, ni infectieuse; l'expectation avec embaumement, suivie de l'amputation tardive, est une méthode de nécessité; l'amputation primitive est une méthode de choix.

La gangrène devenue septique, de même que la gangrène consécutive à la septicémie, est contagieuse, envahissante, infectieuse. Pour la première, l'amputation primitive s'impose s'il n'y a pas de contre-indication constitutionnelle; pour la seconde elle constitue une méthode d'exception. Dans celle-ci l'amputation avec embaumement, suivie de l'amputation tardive, est la méthode de nécessité ou de choix.

— M. Lannelongue, dans une nouvelle communication sur la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, insiste sur les principes et sur la technique de cette méthode. On sait qu'au point de vue des applications cliniques, il groupe ces cas de tuberculose locale sous trois chefs différents: tuberculoses non ouvertes et non suppurées; tuberculoses ouvertes et non suppurées; tuberculoses ouvertes. Les résultats sont d'autant plus rapides et plus complets qu'on intervient plus tôt. « Durant leur première phase, dit-il, c'est-à-dire avant le ramollissement et la suppuration, les tuberculoses ostéo-articulaires des membres doivent guérir par la méthode sclérogène dans un délai d'un à quelques mois; des altérations osseuses nécessiteront parfois une opération complémentaire. A l'égard de celles plus avancées qui sont suppurées et ouvertes, le traitement conçu dans le même sens, associé d'ailleurs aux opérations nécessaires, sera continué sans relâche jusqu'à la guérison définitive, et je suis persuadé qu'ici encore on peut arriver à un résultat heureux en un temps relativement court. »

A l'appui de ces assertions rassurantes et pleines de promesses pour l'avenir, M. Lannelongue produit la statistique des cas qu'il a traités et qu'il divise en deux groupes, les uns remontant à un an, les autres plus récents. Les premiers démontrent que les succès obtenus ne sont pas transitoires et que la guérison se maintient. Les seconds forment un appoint important. Les uns et les autres seront publiés avec tous les détails qu'ils comportent dans différentes thèses écrites sous l'inspiration du savant professeur. Les membres du Congrès ont pu constater, *de visu*, dans son service de l'hôpital Trousseau, les résultats obtenus chez les malades actuellement en cours de traitement.

— « La fonction fait l'organe » est, sous une forme aphoristique, une proposition mise autrefois en relief par notre prédécesseur dans la direction de la *Gazette médicale*, Jules Guérin. M. Alexis Julien s'en est inspiré dans un travail adressé à l'Académie des sciences et, posant comme une loi cette subordination de l'organe à la fonction, il en a déduit comme corollaire cette autre loi, relative à l'apparition du premier point épiphysaire des os longs: « le premier point épiphysaire d'un os long apparaît toujours sur son extrémité la plus importante au point de vue fonctionnel ». M. Picqué avait déjà émis une proposition analogue en disant que le premier point épiphysaire d'un os long monoépiphysaire apparaît sur son extrémité la plus mobile.

— L'épidémie de grippe de 1888-89 a donné lieu à des travaux innombrables et une synthèse s'imposait. C'est cette synthèse que M. Proust a présentée à l'Académie de médecine.

L'épidémie, venue d'Asie, aurait atteint successivement la Russie, l'Allemagne, l'Autriche, la France, puis les pays Scandinaves, la Belgique, la Grande-Bretagne, le littoral de la Méditerranée, enfin l'Afrique et l'Amérique. Dans son long et rapide parcours, elle aurait constamment suivi les voies de communication entre les divers pays, marchant souvent contre le vent et contre le cours des fleuves, d'où l'on doit conclure qu'elle est contagieuse et se transmet d'homme à homme, que, par conséquent, elle n'a pour véhicule ni l'air, ni l'eau. Aucun fait bien établi ne démontre qu'elle a pu être transportée par des marchandises ni qu'elle a pu se transmettre directement de l'homme aux animaux ou réciproquement.

La grippe a revêtu trois formes principales: nerveuse, pulmonaire et gastrique. Le rapprochement qu'on a voulu établir entre l'épidémie en question et la dengue ne repose sur aucune base sérieuse. Les recherches relatives au microbe qui qui en serait l'agent pathogène n'ont encore conduit à aucun résultat positif. La guérison de la grippe se fait le plus souvent spontanément; les complications seules sont graves. Une bonne hygiène et le nettoyage régulier et méthodique des premières voies aériennes à l'aide de solutions antiseptiques constituent la meilleure prophylaxie.

La transmission exclusive de la grippe d'homme à homme paraît à M. Lancereaux, comme à bien d'autres observateurs, se concilier difficilement avec sa rapide extension. Il est probable qu'un rôle important, dans sa propagation, revient aux courants atmosphériques et aux perturbations atmosphériques. Sur ce point les opinions contradictoires peuvent se soutenir avec des arguments d'égale valeur.

— La présence à Paris, en ce moment, d'un grand nombre de chirurgiens ne pouvait manquer d'enrichir l'ordre du jour de l'Académie de quelques communications chirurgicales. Enregistrons d'abord celle de M. Jules Bœckel sur un cas extrêmement curieux d'hermaphrodisme masculin. L'habile chirurgien de Strasbourg pratique à un jeune homme de vingt ans la cure radicale d'une hernie congénitale, trouve le sac herniaire vide et, dans la paroi postérieure, un corps triangulaire, recouvert par le péritoine, et que l'examen scientifique a montré composé de trois parties: 1° un utérus bicorne, avec cavité tapissée d'une muqueuse recouverte de cils vibratiles; 2° une trompe et un testicule avec un épididyme et un canal déférent; 3° un ligament large reliant et renfermant ces deux organes. Suivant M. Bœckel, ce cas serait unique dans la science; on ne connaîtrait pas, en effet, d'autre exemple d'organes génitaux femelles inclus ainsi dans les bourses d'un homme bien conformé et ayant tous les attributs de son sexe.

— Sur vingt-cinq laparotomies iliaques pratiquées pour pérityphlites, M. Poucet (de Lyon), a rencontré trois fois une péritonite suppurée généralisée, ayant pour point de départ l'appendice distendu, enflammé, mais sans abcès, sans menace de perforation ou de gangrène. Deux malades opérés tardivement, sont morts, malgré l'opération, et l'on a trouvé le baccillus coli communis. Le troisième a guéri après une résection de

l'appendice pratiquée dès la quarante-deuxième heure; on a trouvé chez lui le streptocoque.

La conclusion de M. Poncet est que l'appendicite infectieuse aiguë, qu'on peut distinguer de l'appendicite perforante, réclame une intervention chirurgicale aussi hâtive que possible.

— En présentant un malade qu'il a traité avec un remarquable succès d'une rétraction de l'aponévrose palmaire par une autoplastie suivant la méthode italienne, M. Berger donne une description détaillée du procédé qu'il a suivi et qu'il recommande.

— Le traitement de la pleurésie est revenu à l'ordre du jour de l'Académie. Après ce qui a été dit sur ce sujet dans les numéros précédents, nous n'avons qu'à enregister l'opinion et la pratique de M. Germain Sée, qui a pris la parole mardi dernier.

Suivant le savant professeur, les médications internes n'ont aucune action sur la pleurésie. L'expectation est la seule méthode rationnelle, car la pleurésie séro-fibrineuse parcourt régulièrement ses phases dans l'espace de deux à trois semaines.

La pleurésie essentielle, *à frigore*, est très rare. Presque toujours la pleurésie est de nature microbienne, le plus souvent d'origine tuberculeuse, quelquefois due au bacille typhique, au pneumocoque, au streptocoque pneumonique. Dans ces cas, les révulsifs sont contre-indiqués.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de la pleurésie, la ponction est indiquée au bout de la période cyclique de trois semaines, si l'épanchement reste stationnaire. Cette ponction est par elle-même sans danger et sans action sur la transformation purulente du liquide épanché : la purulence, quand elle se produit, existait d'emblée sous l'influence du germe infectieux dont il vient d'être parlé.

La ponction s'impose quand l'épanchement est considérable et a déplacé le cœur ou le foie ; elle est urgente quand il y a une dyspnée considérable avec cyanose.

Les médications récemment essayées, soit pour activer la phagocytose, soit pour provoquer à distance des abcès de fixation contre la purulence, n'ont encore produit aucun résultat certain, mais peuvent être l'objet de nouvelles tentatives.

Dr F. de Ranse.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 23 mai 1892, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 14 mai 1892 inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1892 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1896.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 16 mai 1892, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 7 mai 1892 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1892 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1895.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Auché est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Trèche, aide-préparateur de médecine légale, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

École de médecine d'Alger. — M. Soulié est prorogé, pour un an, dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Hôpital Tenon. — *Clinique chirurgicale et gynécologie.* — M. le Dr Richelot commencera ses conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 25 avril à 11 heures, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Hôpital du Midi. — Le Dr Balzer, médecin de l'hôpital du Midi, commencera des conférences théoriques et cliniques sur les Maladies vénériennes le jeudi 28 avril, dans son service, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rueff et Cie éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de 275 opérations et 50 figures intercalées dans le texte, par le Dr Just Lucas-Championnière. — Le traité de la cure radicale des hernies qui vient de paraître est l'ouvrage le plus considérable écrit sur la matière. Il traite de la méthode que M. Championnière applique depuis de longues années à toute les variétés de hernie et dont il donne 275 observations. Ces opérations, faites dans une période de 11 années, ont permis d'affirmer la solidité de l'opération, d'en donner nettement les indications et les contre-indications.

Tous ces faits et tous ceux qu'apprend l'étude des hernieux au point de vue opératoire sont étudiés dans ce livre avec une grande clarté. La démonstration des faits les plus délicats de l'opération est faite à l'aide de nombreuses figures schématiques. Les détails les plus minutieux du traitement ont été étudiés avec beaucoup de précision. Ce livre, édité avec un grand soin, doit tenir une place considérable dans l'enseignement de la chirurgie contemporaine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 10 au 16 avril 1892.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 20. — Grippe, 3. — Phtisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë et chronique, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 107. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 56. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 45. — Autres causes de mort, 191. — Causes inconnues, 10. — Total 1050.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX.

Par le Dr P. R. Charrier,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

(Les quinze observations qui suivent comprennent la totalité des pyosalpinx opérés en 1890-1891 par notre cher maître, M. Pozzi, alors que nous avions l'honneur d'être son interne. Les observations III et XV nous ont été communiquées par notre ami Cazenave, également interne dans le service à ce moment.)

Comme nous avons eu soin de l'indiquer en tête de ces observations, la série dont nous commençons aujourd'hui la publication comprend la totalité des ablations d'annexes pour pyosalpinx pratiquées, pendant notre année d'internat, à Lourcine-Pascal par notre maître M. Pozzi, du 1er février 1890 au 1er février 1891. Il nous a paru utile d'accompagner ces observations de quelques remarques sommaires destinées à faire ressortir, soit au point de vue clinique, soit au point de vue opératoire, les faits qui méritent d'être mis en lumière.

Tout d'abord il est bon de préciser la méthode adoptée par notre chef dans ce que je désignerai sous le nom de période préopératoire. — Comme on peut s'en apercevoir en consultant les dates d'entrée et d'opération, il est d'usage à Pascal de soumettre les malades à une sorte d'initiation morale grâce à laquelle l'appréhension de l'acte chirurgical est très diminuée. En outre, sauf dans les cas d'urgence absolue, et ces cas, même dans les pyosalpinx, sont l'exception, on fait suivre un véritable traitement médical aux femmes qui sont venues même tout à fait décidées à être opérées. Les injections vaginales très chaudes à 45° et pendant dix minutes matin et soir sont administrées, tous les jours un grand bain, tous les deux jours des compresses humides chaudes sur le ventre, etc. En général ces soins sont donnés pendant une dizaine de jours au minimum; pendant ce temps la malade est examinée, d'abord dans son lit avec les précautions d'usage, puis à l'amphithéâtre et M. Pozzi dicte l'examen tel qu'il est constaté la première fois. A plusieurs reprises cet examen est répété par l'interne dans les lits duquel se trouve la malade. Deux jours avant l'opération, M. Pozzi examine à nouveau la malade, fixe définitivement la date de l'opération et ce jour-là, devant les aides, pendant que l'on endort la malade, lecture est donnée de l'observation et des examens faits par M. Pozzi. Sous le chloroforme, sauf s'il n'y a aucune hésitation possible, nouvel examen qui est de nouveau inscrit. Après l'opération M. Pozzi prend les pièces en main, en donne la description macroscopique, constate la nature du liquide contenu dans les poches ou dans les trompes et souvent les pièces sont dessinées immédiatement après. En outre le diagnostic præopératoire est vérifié, confirmé ou infirmé suivant le cas.

Telle est la façon dont les observations qui suivent ont été recueillies. Nous pensons qu'en agissant ainsi on a pour soi toutes les garanties possibles de rigueur et de probité scientifique.

En outre lorsque nous insistons sur ce mot : « totalité des faits du même genre », nous insistons avec raison. En effet les quinze salpingotomies pour pyosalpinx ont toutes été guéries et toutes ont vu leur plaie abdominale réunie par première intention sauf deux, et, parmi ces deux cas, une seule a conservé une petite fistule; nous l'avons mise à la fin de la série à cause de cette complication.

Observation I.

Pyo-salpinx droit; salpingite parenchymateuse et hydro-salpinx gauche, Ovaires polykystiques. Ablation des annexes. Opération intra-fébrile. Drainage avec bandelette de gaze iodoformée. Guérison.

Louise P..., 23 ans, entre d'abord à Lourcine salle Fracastor en avril 1890, passe à Pascal le 10 juin 1890. Dans ses antécédents nous trouvons une rougeole dans son enfance et une fièvre typhoïde à la puberté. *Histoire génitale* : Réglée à 18 ans, grossesse à 19 ans, les règles ont persisté pendant toute la durée de la gestation. L'accouchement et ses suites furent normaux. Il y a un an la malade fait une fausse couche de deux mois, elle est prise aussitôt de douleurs très violentes dans le ventre; elle entre dans le service de M. Lancereaux à la Pitié où on fait le diagnostic de phlegmon du ligament large du côté droit. Soulagée par le repos elle quitte l'hôpital. Elle est obligée de revenir brusquement à l'hôpital Pascal pour des crises douloureuses. Ces crises observées dans le service se

caractérisaient par des accès de douleurs intenses surtout du côté droit. La malade crie, pleure et se tord dans son lit, tout examen est impossible, les attaques ont une durée variable de quelques heures à toute une journée. Ajoutons que la malade est très nerveuse.

Examen de la malade. — Les règles sont normales et peu douloureuses. Leucorrhée très abondante. Au toucher, utérus normal à col volumineux et entr'ouvert. Au spéculum, on constate un léger catarrhe utérin. Par la palpation bimanuelle très douloureuse on constate des lésions des annexes des deux côtés, celles-ci maintenues par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Vu l'histoire clinique de la malade et les résultats de l'examen, M. Pozzi porte le diagnostic de pyosalpinx avec lésions ovariennes.

Opération (23 juin), examen des pièces. — Annexes du côté gauche. Très grandes adhérences, décortication difficile, rupture d'une poche liquide à contenu purulent, qui n'est pas la trompe. En effet, on retrouve celle-ci intacte après l'ablation, c'était une petite collection de péri-salpingite suppurée du volume d'une noix. L'ovaire gauche est également malade, il présentait des lésions intéressantes : très augmenté de volume (volume du poing d'un enfant), il renfermait des kystes multiples dans sa couche corticale épaissie.

A droite, trompe volumineuse, épaisse, terminée supérieurement par une sorte de boursouflure sphérique à parois minces où on perçoit un liquide transparent d'hydrosalpinx. La partie interne de la trompe, 3/4 de sa longueur totale, a le volume d'un doigt et présente des lésions parenchymateuses.

L'ovaire correspondant est également malade, il a le volume d'un gros œuf de poule, il est polykystique.

Les deux annexes étaient entourées de pseudo-membranes qui étaient très difficiles à décortiquer. La rupture d'une poche purulente, l'étendue et la gravité des lésions ont amené un lavage du petit bassin et un drainage du cul-de-sac de Douglas avec une lanière de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération n'ont présenté rien de particulier, la lanière a été enlevée le lendemain; disparition complète des accès de douleurs, la malade est guérie le 26 juillet 1890. Cette malade a été revue à plusieurs reprises en novembre, décembre 1890 et à la fin de janvier 1891. L'état local et l'état général sont excellents.

Observation II

Marie Jos..., âgée de 24 ans, domestique, entrée le 21 juin 1890 à Pascal, salle A, lit n° 12 (1).

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : rougeole à 5 ans. — Histoire génitale : Réglée pour la première fois à 13 ans 1/2, depuis elle a été réglée régulièrement; les époques duraient quatre à cinq jours, peu abondantes, douloureuses; à 17 ans 1/2, première grossesse, enfant à terme vivant, accouchée par une sage-femme. Couche normale, pas de suites de couches, reste au lit sept jours. Après cette couche, les règles ont toujours avancé et elle souffrait plus qu'avant au moment des époques. A 19 ans, fausse couche de deux mois et demi. Depuis cette fausse couche elle a eu des douleurs continnelles dans le bas-ventre, ces douleurs montaient vers l'épigastre. Elle n'a rien fait pour calmer ces douleurs. A 22 ans 1/2, deuxième fausse couche de deux mois et demi. Perte de sang avec caillots.

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans la thèse de l'un de nous (*de la péritonite blennorrhagique chez la femme*). — Steinheil, 1892, page 103, obs. XVII.

Elle entre à l'hôpital Andral où on lui dit qu'elle a fait une fausse couche. Fortes douleurs dans la région lombaire descendant vers les cuisses. Elle est traitée par les injections chaudes à l'eau phéniquée et reste à l'hôpital trois semaines. Elle a eu depuis continuellement des douleurs irradiées à droite et à gauche dans les aines. Ces douleurs existent encore très fortes. Elle a ses règles toutes les trois semaines, les époques sont douloureuses, durent dix jours. Entre les époques elle a depuis la première fausse couche des pertes blanches abondantes et qui exhalent une odeur fétide.

A upalper on trouve la région sus-pubienne très douloureuse. L'aine gauche est plus douloureuse que la droite.

Examen de M. Pozzi : col en arrière, gros, entr'ouvert. Utérus en antécourbure exagérée, un peu gros; dans le cul-de-sac latéral gauche, petite tumeur cylindrique (trompe un peu hypertrophiée). A droite on trouve une tumeur grosse comme un œuf, séparée par un sillon du corps utérin et paraissant très adhérente à la partie postérieure.

Diagnostic : A gauche, salpingite parenchymateuse. A droite, soit pyosalpinx, soit maladie kystique de l'ovaire avec salpingite adhérente.

Opération. — A l'ouverture du ventre il s'écoule un certain degré d'ascite citrine. M. Pozzi ayant introduit ses doigts dans la plaie à la recherche des annexes du côté droit, rencontre d'abord une très forte adhérence à l'union de la paroi abdominale antérieure avec la fosse iliaque, constituée par un noyau ligneux du volume d'une noix qui unit intimement la trompe à la paroi abdominale.

Au moment où il déchire cette adhérence il s'écoule environ deux ou 3 cuillerées de pus (périsalpingite suppurée). La tumeur étant dégagée on la sépare sans grande difficulté des adhérences filamenteuses qui la retiennent en arrière. Elle est amenée à l'extérieur et se trouve formée par une poche purulente de pyosalpinx piriforme, très fluctuante, qui occupe le tiers externe de la trompe droite et qui a le volume d'un œuf de pigeon. Elle contient une demi-cuillerée de pus grisâtre, dur, granuleux, très différent du pus crémeux qui s'était écoulé au commencement de l'opération et qui provenait de la périsalpingite.

Du côté gauche la trompe, du volume du pouce, très contournée sur elle-même, était unie par des adhérences filamenteuses aux parties voisines et en particulier à l'épiploon. Deux fils de catgut sont jetés sur ces adhérences et on résèque une petite portion d'épiploon, qui avait été détachée par dilacération.

L'ablation des annexes de ce côté se fait rapidement, la trompe était aussi transformée en pyosalpinx, mais moins volumineuse (une cuillère à café de pus).

Ovaire gauche polykystique (kystes séreux du volume d'une noisette); du côté droit, l'ovaire paraissait sain.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie, attouchement de l'adhérence de la paroi abdominale où existait la périsalpingite suppurée avec une solution phéniquée forte. Mickulicz.

Réunion par première intention, cicatrisation du Mickulicz, sans trajet, sans suppuration. La malade sort guérie le 30 juillet.

Observation III

Double pyo-salpinx fusionné ; section du pédicule par la ligature simple de catgut. Mickulicz. Guérison.

C., 34 ans, entrée le 2 septembre 1890.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans. Premières règles non douloureuses, la malade voit une seconde fois puis elle reste dix-huit mois sans rien voir. Depuis, règles abondantes (sept à huit jours). A 16 ans elle est soignée pour une inflammation d'intestin et a rendu du sang par l'anus.

Grossesse à 17 ans, couches normales.

Il y a quinze mois la malade a commencé à souffrir du ventre. Grandes douleurs du côté droit, coliques, étouffements et vomissements. Depuis elle n'a jamais été bien portante.

En juin 1889, douleurs plus fortes, frissons, fièvre, la malade s'aperçoit qu'elle perd du pus par le vagin.

Mêmes accidents en août 1889, en janvier 1890 et en juin 1890. Le 26 août les douleurs sont plus fortes, frissons. Le lendemain, après avoir eu des rapports, nouvelles douleurs plus fortes, continues. En outre frissons répétés. Le 30 août la malade rend du pus par le vagin. C'est alors qu'elle entre à l'hôpital le 2 septembre. Le soir de son entrée, 40° le matin, 3 septembre.

M. Pozzi l'examine séance tenante et trouve : utérus petit, col repoussé en avant et à gauche. L'utérus est facile à sentir dans son antécourbure normale. Culs-de-sac latéraux, cul-de-sac de Douglas littéralement comblés par une masse dure, ligneuse, adhérant au bassin, en arrière de laquelle on sent un petit segment mobile. La palpation bimanuelle est impossible.

En résumé : péri-métro-salpingite suppurée autour d'un pyosalpinx droit. Annexes gauches enflammées également, transformées en abcès pelvien probablement inénucléable.

A un deuxième examen pratiqué le 5 septembre avant l'opération, sous le chloroforme, M. Pozzi constate, comme la première fois, l'existence d'une masse assez volumineuse (comme une poire) siégeant dans le cul-de-sac latéral droit, se prolongeant en arrière dans celui de Douglas, et en avant de laquelle se trouve un segment mobile.

Diagnostic : probabilité d'abcès pelvien non énucléable à gauche, salpingite à droite énucléable.

Opération : A l'ouverture de l'abdomen, M. Pozzi trouve d'abord l'utérus, qui est mobile; en arrière de lui une masse du volume d'une poire formée par les annexes gauches ovaire et trompes réunis et constituant un pyosalpinx. M. Pozzi se rend compte que cette masse adhère intimement à une autre tumeur remplissant le cul-de-sac de Douglas et provenant sans doute des annexes du côté droit.

M. Pozzi décortique péniblement la tumeur de droite; les adhérences sont si fortes qu'un suintement de sang assez considérable se produit ; au moment d'attirer la masse au dehors une poche se rompt et un pus crémeux se répand: on saisit avec une pince cette poche déchirée, puis M. Pozzi, qui a isolé les annexes gauches, autant qu'il a pu, de celles de droite, procède à la section du pédicule de la tumeur extraite, entre deux ligatures. Mais à ce moment, le ligament large très épaissi et très vasculaire ayant été sectionné et le sang coulant assez abondamment, M. Pozzi place un surjet de catgut sur la tranche que l'on avait au préalable saisie par des pinces. Enfin on pose une dernière ligature de précaution sur de gros vaisseaux faisant hernie au travers de la ligature pédiculaire.

M. Pozzi nettoie ensuite soigneusement la cavité de Douglas avec des compresses. Il attire ensuite au dehors ce qui reste de la masse sentie dans le cul-de-sac de Douglas et qui était formée par la trompe et l'ovaire gauches transformés en pyosalpinx, il pratique ensuite la ligature du pédicule de ces annexes. L'opérateur attire ensuite au dehors une anse intestinale qu'il avait détachée avec beaucoup de peine de la tumeur salpingienne; on reconnaît que cette anse appartient à l'S iliaque; M. Pozzi touche au thermo-cautère une appendice épiploïque, qui était déchirée.

On fait ensuite le nettoyage du cul-de-sac de Douglas et on retire avec des compresses de petites masses gélatineuses épaissies, vestiges de la périsalpingite existante. Lavage du péritoine et drainage avec Mickulicz.

Examen des pièces. — A gauche, tumeur lisse repliée sur elle-même fermée par la trompe dilatée en pyosalpingite et repliée sur l'ovaire scléro-kystique. On incise ensuite au bistouri la tumeur qui donne issue à trois cuillerées à soupe de pus crémeux et bien lié.

Du côté droit, tumeur irrégulière d'un volume supérieur à celui du poing. Dans certaines de ses parties existent des foyers apoplectiques sous-séreux vides de pus. La tumeur est de consistance charnue aréolaire et par la dissection, on constate que les deux tiers internes de la trompe sont épaissis et oblitérés; le tiers externe forme une cavité purulente communiquant avec une autre cavité formée par l'ovaire et le tissu cellulaire sain.

Pyosalpinx peu volumineux ovarite suppurée en foyers multiples et périsalpingite suppurée, le tout formant une seule masse inflammatoire.

La malade sort guérie le 23 octobre 1890.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE BACILLAIRE PAR LA MÉTHODE INDIRECTE

Par E. Gavoy,
Médecin principal de 2e classe.

Suite (1)

Observation I.

(Recueillie par M. Manceaux, médecin aide-major.)

R..., sergent au... Régiments d'Infanterie.

Antécédents. — Venant du Midi, le premier hiver qu'il passe à Lille ne lui occasionne aucun désagrément. Ce n'est que la seconde année, janvier 1891, qu'il commence à tousser et doit interrompre son service, le 3 mars, pour entrer à l'hôpital. Il a des sueurs nocturnes et une expectoration assez abondante; il n'a jamais craché le sang; l'appétit est assez bien conservé, toutefois, des envies fréquentes de vomir surviennent après chaque repas. Pas de diarrhée, ni de constipation; R..., éprouvait souvent à la caserne des accès de palpitations cardiaques quand il était couché. Pas de fièvre.

Antécédents héréditaires. — Son frère serait resté malade pendant deux mois d'une affection pulmonaire qu'il qualifie de phthisie galopante. Il crachait le sang et aurait dû sa guérison à un séjour à Nice.

Etat actuel à l'entrée de R..., à l'hôpital. — On constate que ce sous-officier, de taille moyenne (1 m. 66), d'une constitution assez délicate, d'un teint pâle, est bien amaigri et ne pèse que 49 kgs. 900. En examinant le thorax, on voit qu'il est un peu globuleux, très sonore à la percussion, en avant, des deux

(1) Voir le numéro précédent

côtés. La sonorité est, en arrière, peu accentuée des deux côtés ; à peu près égale à droite et à gauche, peut-être un peu plus profonde à gauche.

Auscultation. — En avant et à droite : respiration rude, peu active ; expiration soufflante sous la clavicule. — En avant et à gauche : respiration très forte ; expiration prolongée. — En arrière et à droite ; au sommet : respiration rude au premier temps et soufflante à l'expiration ; retentissement manifeste de la voix ; à la base, elle reprend son caractère normal. — En arrière et à gauche ; au sommet : expiration un peu prolongée, mais offrant le murmure vésiculaire et sans retentissement de la voix ; base : respiration nette. — On constate quelques râles dans les poumons. — Expectoration muco-purulente très faible. — Examen bactériologique nul. — Le 24 mars, poids : 52 kgs 900.

Traitement. Alimentation reconstituante, vin, café. — Injections hypodermiques matin et soir, huile iodoformée et essence de girofle. (Huile stérilisée d'amandes douces : 10 gr. — Iodoforme 0 gr. 1. — Essence composée de girofle 1 gr., faire dissoudre à chaud l'iodoforme dans l'essence, ajouter l'huile. Un quart de seringue Pravatz on une demi seringue suivant l'état général, les premiers jours, en augmentant progressivement jusqu'à trois quarts de seringue.) — Le 7 avril, R..., demande à sortir, désirant aller à Nice passer un mois de congé. — Les digestions s'exécutent très bien ; R..., n'a plus de nausées après les repas. Le poids du corps est de 56 kgs 200 ; il a donc gagné 6 kgs 300. — La respiration s'effectue bien des deux côtés ; les bruits de souffle ont entièrement disparu.

OBSERVATION II.

(Recueillie par M. Brico, médecin aide-major.)

Did... (Jules), 25 ans, né à Marquise, détenu à la prison militaire de Lille.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer à l'estomac. — Mère morte d'un froid et chaud. — Quatre frères ou sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Sous les armes depuis le 7 novembre 1887. Avant son incorporation a eu la rougeole et une angine entre 7 et 9 ans. Pas de scarlatine, ni de fièvre typhoïde, pas de syphilis, ni d'impaludisme, pas de bronchite l'hiver. Profession antérieure à l'incorporation : jardinier.

Entré comme appelé au 33e régiment d'infanterie (détachement de Douai), y reste 34 mois. Une seule fois à la visite pour une extinction de voix et en janvier 1889 légèrement touché par l'influenza, trois jours malade à la chambre. Mis en cellule pour vol, le 20 juillet à Douai.

Détenu à la prison militaire de Lille à la date du 4 août 1890. Il y reste huit mois sans être malade. Au commencement d'avril 1891, se fait porter malade pour bronchite et entre à l'hôpital. Il en sort le 28 mai et y rentre de nouveau le 18 juin pour la même raison. *Bronchite suspecte.*

Examen. — Taille 1 m. 725. Poids 53 kgs. Amaigrissement considérable, surtout depuis sa première entrée à l'hôpital. Aspect général peu satisfaisant. Peu de sueurs nocturnes. Toux assez fréquente, oppression assez accusée. Expectoration. Crachats nummulaires nageant dans la salive. Appétit conservé. Pas de vomissements. Diarrhée depuis dix jours seulement. Fièvre assez considérable. — Doigts un peu en baguettes de tambour.

EXAMEN. — *En avant.* 1° *Inspection.* — Creux sus et sous-claviculaires peu marqués. Enfoncement en cupule de la pointe du sternum. Espaces intercostaux un peu déprimés. — Pointe du cœur bat à sa place normale. Expansion thoracique normale. — 2° *Percussion.* Un peu de submatité des deux côtés. — 3° *Auscultation.* C. D. *Inspiration* rude. Absence du murmure vésiculaire. Craquements humides. *Expiration* prolongée et nombreux râles humides. — *Voix.* Pas de résonnance. Pas de pectoriloquie aphone. — C. G. *Inspiration.* Pas de murmure vésiculaire, nombreux craquements humides. Expiration prolongée avec nombreux craquements humides également. Voix : un peu de résonnance. Pas de pectoriloquie aphone.

En arrière. 1° *Inspection.* — Des deux côtés dépression des fosses sus-épineuses. Pas de saillie des omaplates en forme d'ailes. — *Percussion.* Matité des deux côtés dans les fosses sus-épineuses. Sonorité normale, au-dessous, des deux côtés. — 3° *Auscultation* : C. G. Fosse sus-épineuse : nombreux craquements humides à l'inspiration. Expiration prolongée non soufflante avec râles humides à la fin. — Fosse sous-épineuse : inspiration rude, peu de craquements. Expiration prolongée. Au-dessous de la pointe de l'omoplate, inspiration et expiration normales. — Voix : pas de résonnance, pas de pectoriloquie aphone. C. D. Inspiration rude ; dans la fosse sus-épineuse quelques craquements disséminés, mais rares. Expiration prolongée. Râles humides de bronchite. — Dans la fosse sous-épineuse quelques râles humides de bronchite. Pas d'expiration prolongée. Au-dessous de la pointe de l'omoplate, inspiration et expiration normales. — Voix : pas de résonnance ; un peu de pectoriloquie aphone dans la fosse sus-épineuse.

Examen des crachats. — *Beaucoup de bacilles.*

Examen des autres organes, cœur, foie et rate, — Rien.

Abdomen. — Rien à la percussion, ni à la palpation. Diarrhée depuis dix jours. Deux ou trois selles par jour, presque aussitôt après les repas.

Traitement. — Régime tonique et reconstituant. Injections hypodermiques d'huile iodoformée et d'essence de girofle.

L'appétit est revenu, les digestions sont bonnes, les forces renaissent. La nutrition est manifestement favorable et élève le poids du corps à 62 kgs. 400, indiquant un acquis de 9 k. 400. *Les bacilles ont disparu des crachats.*

Quoique Did... ait un état de santé apparente parfait, que l'on ne peut considérer ni comme une guérison heureuse, ni comme cette période désignée par M. Verneuil sous le nom de « état de trêve », cet homme est présenté à la commission de réforme, par mesure préventive, tant en faveur de Did... que dans l'intérêt du trésor et de l'armée.

OBSERVATION III

(Recueillie par M. Brico, médecin aide-major

Watr... (Henri), 25 ans, né à Faches, Détenu à la prison militaire de Lille.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection inconnue. Mère morte de fluxion de poitrine, quatre frères ou sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Sous les armes depuis le mois de novembre 1887. N'a jamais été malade avant son incorporation. Ni scarlatine, ni rougeole, ni fièvre typhoïde, ni syphilis, ni impaludisme. — Pas de bronchite, pendant l'hiver. — Profession antérieure à l'incorporation : corroyeur.

Entré comme soldat, appelé au 15e d'artillerie en garnison à Douai. A fait son service pendant deux ans et demi. Pendant ce temps, n'a jamais été, ni à l'infirmerie, ni à l'hô-

pital. — Il déserte. — Passe seize mois en Belgique, où il travaille dans les mines de charbon.

Malgré les fatigues de cette profession, il n'interrompt jamais son travail pour cause de maladie. Rentré en France, il y a trois semaines, il est ramené à Douai et mis en cellule dans cette ville pendant quinze jours. C'est là qu'il commence à se ressentir pour la première fois de l'affection pour laquelle il est à l'hôpital.

Ce sont des douleurs dans le côté droit, de la fièvre avec frissons, quelques vomissents, de la diarrhée, un peu de toux. Il ne se fait pas porter malade néanmoins; mais, sur ces entrefaites, il est envoyé à la prison militaire de Lille. Là, il travaille une journée,se fait porter malade le 16 juin et entre le 17 à l'hôpital militaire, avec le diagnostic de bronchite.

Examen: — Le malade accuse à l'interrogatoire des douleurs dans le côté droit, surtout pendant la toux, de la gêne respiratoire, de la fièvre, une toux peu fréquente, des sueurs nocturnes. Il ne crache pas. Il a maigri beaucoup. L'appétit est bon; il digère facilement, pas de vomissements,ni de diarrhée. Taille: 1 m. 66. Poids 55 kgs. — Anémie pas encore trop prononcée. — Doigts en baguettes de tambour.

En avant. — 1° *Inspection*: Creux sus et et sous-claviculaires peu marqués. Espaces intercostaux non déprimés. Battements de la pointe du cœur à sa place normale. Pas de déformations. 2° *Percussion*: Sonorité normale des deux côtés; cependant, tonalité plus haute du côté droit. — *Auscultation*: C. D. Inspiration: quelques râles très rares, tout à fait au côté externe de la fosse sous-claviculaire. — Expiration prolongée mais non rude,ni soufflante dans l'étendue de ce côté. — C. G. Inspiration et expiration normales. — *Voix*: C. D. Pectoriloquie aphone, tout à fait au côté externe de la fossse sous-claviculaire; rien ailleurs. — C. G. Rien.

En arrière. — 1° *Inspection*: Rien à noter. Pas de saillies des omoplates en forme d'ailes. — *Percussion*: C. D. Matité au sommet. Submatité à la base. — C. G. Submatité au sommet. Sonorité normale à la base. — 3° *Auscultation*: C. D. *Inspiration*: Absence du murmure vésiculaire. Craquements secs nombreux dans la fosse sus-épineuse et dans la fosse sous-épineuse jusqu'à l'angle de l'omoplate. — Au-dessous, réapparition du murmure vésiculaire, mais encore quelques craquements disséminés. — *Expiration* prolongée mais non soufflante, sans râles, ni craquements. — C. G. *Inspiration* normale. Murmure vésiculaire. *Expiration* prolongée, mais non rude, ni soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses seulement. — *Voix*: C. D. Retentissement de la voix haute, dans les fosses sus et sous-épineuses. Pas de pectoriloquie aphone. C. G: normale.

Toux: sèche. — *Expectoration*: nulle.

Rien dans les autres organes.

Traitement. — Régime alimentaire très nutritif. Injections hypodermiques d'huile iodoformée et essence de girofle.

L'appétit, languissant, se réveille; les forces reparaissent; la gaîeté revient; le poids du corps est de 63 k., 700; il a gagné 12 k. 700. — Wotr... est complètement changé d'aspect. La percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal; pas d'essoufflement en montant l'escalier. — Le malade sort le 28 juillet.

(*A suivre.*)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

APERÇU GÉNÉRAL DES TRAVAUX

Nous nous proposons de résumer rapidement l'œuvre du Congrès français de chirurgie qui vient de se terminer. Les séances ont été bien remplies, et les orateurs qui sont venus répondre aux questions proposées ont apporté chacun leur appoint personnel à l'élucidation des faits examinés dans cette session. Voici les titres de ces questions: Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales;—Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires;—Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires, résultats immédiats et éloignés. A côté de la discussion que chacune d'entre elles a soulevée, nombre de communications ont été faites sur divers sujets qu'un groupement méthodique permettra seul d'apprécier à leur juste valeur.

Première question: *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.*

M. Jeannel, nommé rapporteur de la Commission, établit que la gangrène peut se montrer dans deux circonstances différentes. Elle peut résulter ou d'une lésion trophique des tissus, sans intervention microbienne au moins au début, ou d'une colonisation microbienne primitive qui détermine ensuite le sphacèle localisé ou généralisé du membre atteint. Les gangrènes du premier ordre sont déterminées par un arrêt de la circulation, qu'il soit dû à une cause extrinsèque (ligature, traumatisme quelconque, compression, destruction du vaisseau par brûlure, gelures, injections caustiques, etc.), ou à une cause intrinsèque (artério-sclérose, phlébite, syphilis, alcoolisme, diabète, ergot de seigle, origine nerveuse, tabes dorsalis, ulcères du décubitus, etc.). Celles du second ordre relèvent de l'inoculation d'un microbe quelconque, septique et pathogène, et, en premier lieu, du vibrion septique de Pasteur, qui est spécifique. Dans ce dernier cas, la gangrène peut être générale d'emblée (septicémie gangréneuse, gangrène des fièvres infectieuses) ou locale (pustule maligne, phlegmon septique, etc.); mais il se joint à la détermination microbienne un état diathésique ayant affaibli déjà la résistance générale, le développement de la gangrène est défavorablement modifié par le terrain sur lequel elle se développe (alcoolisme, diabète).

Les gangrènes du premier ordre, sur lesquelles ne se sont pas encore colonisés des agents pathogènes, restent localisées à la région qui a subi le trouble de la nutrition; elles ne sont ni contagieuses ni envahissantes, mais elles le deviennent, comme les gangrènes de second ordre ou toxiques, dès qu'il s'y développe un microbe septique.

Les gangrènes trophiques ne sont pas infectieuses, et la fièvre qu'on observe dans ces cas n'est due qu'à la résorption de substances pyrétogènes. Il en est différemment dans les gangrènes septicémiques; il peut même arriver que l'agent pathogène inoculé tue par sa virulence avant qu'il ait déterminé le sphacèle (charbon), surtout si l'organisme a été rendu sensible au poison par une tare antérieure (alcoolisme, impaludisme, diabète, etc.).

Les gangrènes trophiques pures peuvent être traités par l'expectation; on attend l'élimination spontanée sous les antiseptiques, quand l'état du malade ne permet par l'amputation primitive qui est la méthode de choix. Les gangrènes tro-

phiques envahies par les agents pathogènes ou les gangrènes toxiques seront traités par l'expectation avec débridement au thermocautère, lavages antiseptiques, pansements soignés, etc., qui permettent d'attendre l'embaumement du membre atteint.

MM. G. MARCHANT (Paris) et CAMPENON (Paris) ont rapporté des cas se rattachant à la gangrène toxique. Dans le cas de M. Marchant, il s'agit de morsures de cheval, à la suite desquelles, malgré une désinfection soigneuse et répétée des plaies, des phénomènes septicémiques intenses se produisirent. Trois larges débridements furent pratiqués sans succès; il en fallut venir à l'amputation qui réussit; M. Marchant ne chercha à réunir que les parties profondes. M. Campenon cite douze cas de septicémie gazeuse aiguë; l'amputation seule a donné quelques résultats satisfaisants, surtout au membre supérieur qui semble, dans ces cas, moins gravement atteint que les membres inférieurs.

MM. LEPRÉVOST (Havre), REYNIER (Paris), LEVRAT (Lyon), ont vu de nombreux cas de gangrène trophique. M. Leprévost a eu l'occasion de l'observer dans trois cas de résection du sacrococcyx, selon la méthode de Kraske, pour néoplasme rectal. Il attribue ces faits à la section irrégulière de la sixième paire sacrée que l'on ne peut guère éviter dans cette opération; aussi préconise-t-il la moindre section possible, c'est-à-dire la section simple et droite, et non point la section en T ou en H, qui lèse peu de filets nerveux. Il recommande également le décubitus latéral et non point dorsal. M. Levrat a été le témoin de deux cas de gangrène sèche par application trop prolongée de la bande d'Esmarch. M. Reynier attribue nombre de gangrènes trophiques à la syphilis; d'une façon générale, lorsque la gangrène survient, il est rare que l'on ne puisse démontrer une altération préexistance, soit des nerfs périphériques soit de la moelle.

M. RICARD (Paris) pense que, dans certains cas, infection et traumatisme sont intervenus pour produire la gangrène; c'est là le processus probable de la gangrène d'un certain nombre de greffes de lambeaux.

M. BERTHOMIER (Moulins), à propos du traitement, dit que lorsqu'il existe des symptômes généraux très graves, il vaut mieux attendre la momification de la partie sphacélée et ajourner l'amputation; de profondes incisions dans l'axe du membres, à l'aide du thermocautère, immédiatement au-dessous de la limite du sphacèle, préviendront l'accumulation des gaz et la distension des parties; enfin l'on tordra les artères, quand on arrivera à l'amputation, au lieu de les lier, à cause de la friabilité extrême de leur paroi. M. VERNEUIL ajoute que les amputations pratiquées dans le cas de gangrène septicémique ne doivent pas être réunies.

DEUXIÈME QUESTION. — *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.*

C'est M. le professeur GUYON qui est le rapporteur général; les autres rapporteurs sont MM. Albarran, Clado, Hallé (Paris), et Pousson (Bordeaux). M. Guyon établit qu'une fois l'appareil urinaire envahi par les germes extérieurs pénétrant dans son canal excréteur, il se forme en premier lieu un foyer septique dans la vessie; puis il se détermine des lésions ascendantes le long des uretères jusqu'aux reins, et ceux-ci deviennent le siège de néphrites infectieuses. Consécutivement les germes et leurs toxines pénètrent dans le reste de l'organisme et y produisent des troubles variés.

Quels sont donc ces germes? Ils sont fort nombreux. Il en existe parfois dans l'urèthre de l'homme sain; il en existe toujours dans l'urine purulente provenant d'un point enflammé quelconque de l'appareil urinaire. Les microorganismes ont été décrits en nombre considérable; ce sont d'abord les microcoques habituels de la suppuration; *staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus; streptococcus pyogenes*; puis deux espèces bactériennes, *l'urobacillus liquefaciens septicus* et une bactérie non liquéfiante, Bouchard (1879), Clado (1887), Hallé (1887), Albarran et Hallé (1888), Albarran (1889), Rowsnig (*bacillus ureæ pyogenes*), Chabrié (*urobacillus non liquefaciens septicus*, 1892). D'après des recherches toutes récentes, cette bactérie serait identique au *bacterium coli commune* d'Escherich (1891), (Morelle, Kroegius, Achard et Renaut, Rebland). Tous ces microorganismes sont pyogènes.

Leur pénétration dans l'appareil est tantôt primitive, par l'urèthre (rare à l'état normal chez l'homme, moins rare chez la femme, fréquente au contraire à l'état pathologique dans les deux sexes, et souvent au moyen d'un instrument septique), tantôt secondaire, par le sang, au niveau des reins et en conséquence, avec des lésions descendantes. Un état maladif antérieur des voies urinaires favorise la pullulation, surtout dans la vessie; mais si celle-ci s'évacue bien, la lésion ascendante se produit difficilement; avec facilité au contraire, si l'évacuation urinaire est insuffisante.

Si les microorganismes traversent les parois des voies urinaires, les tissus voisins peuvent suppurer: abcès péri-uréthraux, péri-vésicaux, péri-rénaux. S'ils pénètrent dans le sang, eux ou leurs toxines, ils déterminent des accidents infectieux généraux; la forme aiguë, grave de la fièvre urineuse relève certainement de l'infection sanguine vraie par les microorganismes; les accès brusques, de courte durée, sont probablement dus à la résorption des produits solubles. Les formes prolongées indiquent que les reins sont atteints à leur tour; et les formes chroniques montrent qu'il y a absorption continue des toxines que les reins malades ne peuvent éliminer totalement.

La diversité de réaction des divers malades dépend de leur susceptibilité particulière et de leur état général antérieur. Quant aux vieux urinaires qui sont évidemment en puissance de toxines urinaires, mais qui n'en souffrent pas trop, il faut croire qu'ils ont acquis peu à peu l'immunité par une sorte d'auto-vaccination due à la résorption minime et répétée des produits toxiques de l'urine.

A la suite de ce rapport, M. VERNEUIL fait remarquer qu'aux conditions essentielles d'infection urinaire qui viennent d'être établies, il est bon d'en ajouter une autre, c'est la latence des états constitutionnels; on assiste quelquefois à l'éclosion manifeste d'accidents urinaires à l'occasion d'un traumatisme quelconque; et il est utile de savoir que dans ces cas il peut y avoir un rappel de lésions intéressant les voies urinaires.

MM. RELIQUET (de Paris) et REGINALD HARRISON (Londres) rappellent que l'intégrité de l'épithélium des voies urinaires constitue un facteur des plus importants dans l'apparition des accidents urinaires. C'est pour cette raison, dit M. Reliquet, qu'on a songé à mettre une sonde à demeure dans l'uréthrotomie interne; c'est également pour cette raison que M. Harrison, pour assurer le drainage de la vessie, à l'occasion de l'uréthrotomie interne, pratique depuis plusieurs années une boutonnière périnéale comme dans l'opération de la lithotomie ordinaire; il introduit par cette boutonnière un gros

tube à drainage dans la vessie. Le drain est laissé en place pendant une semaine, puis retiré ; la plaie se cicatrise bientôt.

M. HORTELOUP croit que la sonde à demeure donne d'excellents résultats dans l'opération de Maisonneuve pour mettre la plaie uréthrale à l'abri du contact de l'urine ; mais il ajoute qu'il ne pense pas que l'emploi de cette sonde soit nécessaire dans toutes les opérations. Il faut d'abord analyser la toxicité des urines ; quand elles sont aseptiques, on peut se dispenser de la sonde ; au contraire, on enlaissera une à demeure pendant quatre ou cinq jours, quand elles sont septiques. A tous ces moyens M. LAVAUX (de Paris), préfère le lavage de la vessie sans sonde, d'après sa méthode, pour prévenir l'infection urinaire ou traiter les accidents en voie d'évolution.

TROISIÈME QUESTION : *Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés.*

Les opérations pratiquées sur les voies biliaires sont fort diverses et datent de peu d'années, dit M. Terrier, rapporteur général. (Rapporteurs : MM. L. Championnière, Quenu, de Paris ; Gross, de Nancy.) Voici l'exposé de ces opérations :

1° Cholécystolithotripsie. Laparotomie ; écrasement des calculs soit avec les doigts, soit avec une pince dont les mors sont recouverts de caoutchouc, à travers la vésicule biliaire non ouverte.

2° Cholécystotomie. C'est l'ouverture de la vésicule, soit permanente soit temporaire pour établir un écoulement permanent de la bile à l'extérieur ou pour extraire des calculs ou autres corps étrangers.

La cholécystotomie peut se faire en deux temps ou en un temps. Cette dernière opération peut être conduite de deux façons ; ou bien, le péritoine ouvert, on incise d'abord la vésicule et on ne suture les bords de cette incision aux bords de la plaie abdominale qu'à la fin de l'intervention : cholécystotomie ordinaire à incision première et fixation dernière ; on bien, ou commence par suturer la vésicule aux bords de l'incision pariétale, puis on ouvre la vésicule, de telle sorte qu'aucune goutte de son contenu ne peut pénétrer dans la cavité péritonéale.

M. Terrier entre ensuite dans l'étude des cholécystotomies proprement dites ; il y a deux procédés opératoires, la cholécystotomie à sutures perdues intrapariétales, et la cholécystotomie à sutures perdues intrapéritonéales, ou cholécystendise. Malgré les critiques dont ces opérations ont été l'objet, ce n'est pas une mauvaise opération, puisque sur 33 cas réunis par Courvoisier, il y a eu 25 guérisons définitives ; une fois la mort a été le résultat de mauvaises sutures ; et sur les huit insuccès, six fois la mort ne résultait pas du fait de l'opération.

3° Cholécystectomie. Il existe un grand nombre de modes opératoires dans le détail desquels nous ne pouvons ici entrer. M. Terrier a pratiqué 8 cholécystectomies et n'a eu qu'une seule mort ; elles ont été nécessitées deux fois comme opération accessoire, pour faciliter l'ouverture large et la suture à la paroi de deux kystes hydatiques du foie, et les autres fois pour lithiase biliaire.

4° Cholécystentérostomie. Elle consiste dans l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin. M. Terrier ne l'a pratiquée qu'une seule fois pour un cas de cancer du pancréas ; la mort s'en est suivie. Ce n'est d'ailleurs là qu'une opération purement palliative. A côté des opérations pratiquées sur la vésicule biliaire sont celles pratiquées sur les voies biliaires principales. Sur le canal cholédoque, on peut faire la cholédo-cholithotripsie (une seule mort sur sept observations) ; la cholédocothomie, soit pour extraction d'un corps étranger (C. proprement dite) soit la cholédochostomie, abouchement du canal à la paroi abdominale ; l'extraction des calculs du cholédoque, après cholécystotomie avec ou sans lithotritie. Sur le canal hépatique, on peut pratiquer, dans les mêmes buts, l'hépaticostomie et l'hépatostomie. Enfin M. Terrier entre dans des détails sur le cathétérisme des voies biliaires qui peut fournir des indications précieuses, après la cholécystotomie, pour déterminer l'existence d'un obstacle au cours de la bile dans le canal cholédocystique.

A la suite de ce rapport si complet sur les opérations qu'ont suggérées les diverses maladies des voies biliaires, plusieurs chirurgiens sont venus apporter des observations personnelles sur les faits qu'ils avaient constatés. M. MICHAUX (Paris) a pratiqué deux cholécystectomies, l'une, il y a trois ans et deux mois, l'autre, il y a deux ans et deux mois et demi, dans deux cas de fistule biliaire ; les deux malades se portent actuellement très bien et les fonctions digestives s'accomplissent très régulièrement. M. Michaux déclare en conséquence que la cholécystectomie est une excellente opération. M. BŒCKEL (Strasbourg) a eu deux succès sur ses trois premières cholécystotomies. Depuis il a été moins heureux et a eu trois insuccès, dont deux morts.

M. TERRILLON a opéré onze malades depuis 1888 pour des affections des voies biliaires ; sur ce nombre, il y a eu 8 cholécystomies ou ouvertures de la vésicule, dont six guérisons définitives, une amélioration considérable et une mort par affaiblissement progressif ; deux cholécystectomies guéries ; une dernière malade n'a retiré aucun bénéfice d'une évacuation simple de la vésicule enflammée, épaissie et diminuée de volume.

M. RICHELOT rapporte un fait de cholécystentérostomie dans laquelle le résultat thérapeutique fut nul, la vésicule s'étant transformée en un simple cordon oblitéré, ainsi que le montra une seconde laparotomie suivie de mort. MM. Duret (Lille), Delagenière (Le Mans) et Léonté (Bucharest) ont en chacun l'occasion d'intervenir sur les voies biliaires et toujours avec succès. De tous ces travaux il résulte que la chirurgie des voies biliaires, encore nouvelle, a fait des progrès considérables depuis quelques années, et qu'à mesure, que l'on avancera dans cette voie, qu'un diagnostic plus parfait déterminera nettement le choix de l'intervention, les succès deviendront plus nombreux et plus définitifs.

Tel est le résumé de la discussion soulevée par les trois questions qui avaient été proposées au Congrès. Bien d'autres communications, à côté d'elles ou en dehors d'elles, ont été faites. Nous les grouperons autant que possible selon leur sujet afin d'en pouvoir tirer plus clairement les résultats pratiques. (*A suivre.*) R. F. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE, par le Dr MINJARD. Thèse de Lyon. J.-B. Baillière, éditeurs.

Le traitement des kystes hydatiques du foie doit varier suivant le siège et le contenu du kyste. La ponction avec un gros trocart peut être suffisante pour les kystes simples ; dans les kystes intra-hépatiques, la ponction aspiratrice peut être suffisante, mais si le kyste est suppuré, il faut attendre qu'il soit

plus superficiel et ponctionner avec un gros trocart. Pour les kystes proéminant du côté de la cavité thoracique, l'incision antiseptique avec résection costale doit être employée de préférence à toute autre méthode. Enfin, quand le kyste se développe du côté de l'abdomen, il faut préférer la méthode éclectique de Bouveret. Cette méthode se décompose en trois temps : 1° ponction aspiratrice ; 2° ponction avec le gros trocart et canule à demeure ; 3° incision antiseptique de la paroi abdominale et de la paroi kystique. Le premier temps peut suffire si le kyste est simple et non suppuré ; le second peut suffire à la guérison des kystes avec génération secondaire et des kystes suppurés ; le troisième temps est rendu nécessaire seulement par le volume des hydatides, ou l'épaisseur et les grandes dimensions de l'hydatide mère. G. L.

Contribution a l'étude des kystes hydatiques de la portion antéro-supérieure du foie par Cécile Dylion.

Les kystes hydatiques antero-supérieurs du foie se développent en entier dans le thorax, refoulant le diaphragme, comprimant le poumon, allant même parfois jusqu'à faire dévier le cœur.

D'un diagnostic difficile, la ponction exploratice et l'examen chimique des urines seront une source précieuse de renseignements. La première fournira à l'examen un liquide clair comme de l'eau de roche, riche en crochets caractéristiques. La seconde permettra la constatation des sels biliaires coïncidant toujours avec l'existence d'un kyste hydatique du foie, même en l'absence de tout ictère.

Développé dans des conditions particulières de siège, le kyste antéro-supérieur du foie n'est justiciable que de la ponction. Simplement évacuatrice, la déplétion de la poche devra se faire lentement pour se mettre à l'abri des phénomènes congestifs, à moins qu'on ne préfère recourir au procédé qui consiste à ne retirer que quelques grammes de liquide qu'on remplace par une quantité à peu près égale de solution de sublimé dans le but d'amener la mort du parasite.

Ch. A.

BULLETIN

Association générale des médecins de France : Trente-troisième Assemblée générale annuelle ; première journée, 24 avril.

Académie de médecine : Traitement des affections pyogènes par la provocation d'abcès artificiels (abcès de fixation). — Des portes d'entrée de l'infection chez l'enfant et principalement des infections cutanées. — Du mercure en ophtalmologie. — Traitement de la pleurésie.

Dimanche dernier a eu lieu, si je ne me trompe, la trente-troisième Assemblée générale de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. Moins nombreuse que les dernières, cette réunion empruntait cependant un éclat tout particulier à l'inauguration présidentielle de M. le professeur Lannelongue, que les suffrages de 3.580 de ses confrères avaient appelé récemment à succéder au regretté président Roger.

Beaucoup de nos lecteurs connaissaient cette figure bienveillante, au fin sourire, aux yeux éveillés et intelligents. Ceux qui l'ont vu aux assemblées générales annuelles savent avec quel tact il présidait. Nourri de la littérature classique ancienne et moderne, point dédaigneux des romantiques, il savait relever par une citation opportune ses discours de présidence ou ses toasts, et chacune de ses allocutions nous dévoilait aussi bien la richesse de son cœur que les ressources de son esprit, car elle était accompagnée d'un don généreux spirituellement présenté. Il était l'Association même, et quand, à l'Assemblée de l'an dernier, on ne vit pas au fauteuil l'aimable président Roger, il sembla que la séance ne devait pas s'ouvrir, ou qu'on allait la lever en signe de deuil.

Le souvenir de Roger a été rappelé en termes émus par M. le président Lannelongue et par le secrétaire général Riant qui, le premier dans son allocution présidentielle, le second dans un éloge spécial, sont venus dire les qualités éminentes du savant clinicien et de l'homme de bien, hommage bien mérité et qu'a salué de ses applaudissements l'Assemblée unanime.

L'allocution de M. le professeur Lannelongue a été fort goûtée. C'est un programme, et l'homme s'y peint tout entier, ardent au travail, amoureux de l'étude et de l'effort, désireux de donner une impulsion énergique à la marche vers le progrès de notre Association, marche que d'aucuns, — peut-on les appeler les sages ? — trouvent, en ce moment, trop rapide.

M. Lannelongue a tracé d'un crayon vigoureux et fin la silhouette de deux maîtres de la vieille chirurgie française, Richet et Gosselin, qui ont pu voir se préparer le mouvement de réforme et d'innovation hardie d'où est sortie la chirurgie contemporaine. Il a rendu aux présidents décédés des sociétés locales, à Bancel, à Giron de Buzareingues, la justice qui leur était due, il a remercié en termes discrets les bienfaiteurs de l'Association toujours à l'affût des occasions pour accroître de leurs dons la fortune de l'œuvre, les Marjolin, les Larrey, les Vidal, les Péan, les Burdel, les Cazeneuve (de Lille), ces deux derniers dont on oubliera difficilement la souriante figure, et que l'âge retient maintenant éloignés de ces assises de la fraternité médicale.

Chemin faisant, M. Lannelongue a touché d'une plume délicate et ingénieuse un côté du caractère de la profession. « Il fut une époque, a-t-il dit, pas très éloignée encore, où l'on séparait volontiers parmi nous la science de la profession ; c'était, pensait-on, choses distinctes. Rien n'est pourtant moins exact, et si la science se montre jamais dans son plus haut éclat, c'est lorsque la profession médicale l'applique. L'esprit scientifique a considérablement grandi chez nous et il a pénétré même profondément dans notre Association. Il s'y présente aujourd'hui sous la forme de revendications imposantes et il vient nous inviter à nous étendre et à nous transformer. N'en soyez pas autrement surpris : ces deux actes, accroissement continu et transformation, sont indissolublement liés désormais à la nature même des choses. Sans eux les institutions ne sauraient avoir de durée ; à un moment donné, elles passent de la phase la plus prospère au stationnement ou plutôt au recul vrai ou relatif, c'est-à-dire par rapport à ce qui progresse. »

Après avoir fait allusion à la création de la nouvelle caisse relative à l'indemnité en cas de maladie, M. Lannelongue a demandé le concours de tous, pour l'aider dans la mission nouvelle dont il a assumé la responsabilité. Ceux que l'on appelle à cet honneur continueront, j'en suis convaincu, à lui rendre la tâche facile.

Ce discours a été vraiment applaudi, comme l'avait été le

court et vivant rapport dans lequel le Dr Blache avait rendu compte de l'élection présidentielle.

Après M. Lannelongue, M. Brun nous présente l'état financier de l'Association, dont il est l'un des piliers, a dit le président. Cet état est prospère, car la Caisse générale se solde par la somme de 94.142 francs, et la Caisse des pensions des retraites par celle de 1.430.680 francs, sans compter les rentes constituées au profit de l'Association, et les nues-propriétés dont elle aura plus tard la jouissance.

Qu'on ne s'étonne pas de cette grosse fortune! Chaque année des libéralités nouvelles viennent l'accroître; tantôt c'est la veuve d'un médecin, le Dr Lebret, qui lègue 3.000 fr.; tantôt c'est la veuve d'un autre médecin, le docteur Mie, de Coulommiers, qui laisse 5.000 francs; tantôt c'est une demoiselle Vignon qui attribue sur son testament à l'Association une pareille somme, en souvenir des soins que lui a donnés M. Horteloup père, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu. C'est une preuve de reconnaissance bien appréciable, celle-là, venant de la cliente d'un confrère, elle fait honneur à la fois à la malade et à celui qui l'a soignée.

Inutile d'ajouter que la Commission de vérification des comptes du trésorier a, par l'organe de M. Passant, constaté que les livres de M. Brun sont bien tenus, et que c'est un gardien fidèle des deniers de l'œuvre, plus disposé à grossir l'encaisse qu'à la diminuer par d'imprudentes prodigalités.

Plus rapide que les autres années a été le compte rendu sur la situation et les actes de l'Association par M. le secrétaire général Riant.

Lui aussi a payé un tribut mérité aux morts, adressé un salut cordial aux nouveaux présidents, parmi lesquels notre ami, le Dr Paul Fabre, de Commentry, succédant, dans la Société de l'Allier, à notre cher et vénéré confrère, le Dr Max. Durand Fardel, nommé président honoraire; M. le médecin principal de la Marine, professeur Duplouy, remplaçant à la Société de Rochefort, M. Barbrau décédé; M. Tartas, de Riou, succédant, dans la présidence de la Société des Landes, qu'il a déjà occupée, à M. Gobert père, promu président honoraire; tant d'autres encore qui vont se dévouer, comme leurs prédécesseurs, à une œuvre aussi utile.

Elle grandit en adhérents, cette œuvre, qui a gagné cette année 250 membres nouveaux dont 28 entrés dans la Société centrale, 26 dans la Société du Rhône, 18, 17 et 16 dans celles de la Haute-Garonne, du Pas-de-Calais et des Bouches-du-Rhône.

Cet amassement du nombre des membres permet l'augmentation des ressources et l'extension des bienfaits. M. le Dr Riant nous a dit qu'aux capitaux de la caisse générale et de celle des pensions, il fallait ajouter 1.062.151 fr. comme représentant l'avoir des Sociétés locales, ce qui fait un total général de 2.636.973 fr.

Aussi, à l'heure qu'il est, l'Association sert 91 pensions, et elle a distribué, dans le dernier exercice, 52.326 fr. à 277 personnes (49 sociétaires, 195 veuves, fils, filles orphelins et 33 étrangers à l'œuvre).

Cette dernière mention est faite pour retenir l'attention de nos confrères des Sociétés locales. Ils doivent pousser les jeunes médecins à entrer dans ces réunions confraternelles où moyennant une faible cotisation annuelle, on se crée des droits et des secours momentanés, on a une pension, on assure à sa veuve, sinon l'assistance obligatoire, au moins une aide efficace qui permet à la femme de vivre à l'abri du besoin, à la mère d'élever convenablement ses enfants.

Mais l'insouciance de nos confrères est tenace, ils croient qu'il n'arrivera jamais pour eux, le moment de frapper à cette porte de la solidarité confraternelle, qui s'ouvre toute grande pour les membres des Sociétés, et qui, malheureusement, ne peut être qu'entrebâillée par les étrangers. Qui donc souffre de cette négligence coupable sinon les médecins qu'une maladie subite rend incapables de travail, leurs veuves ou leurs orphelins que la mort du chef laisse dans la misère?

De cette nécessité de la prévoyance, nous sommes témoins chaque jour, et M. le Dr Riant a appelé sur elle, à juste titre, l'attention de ses auditeurs du 24 mai.

Après lui, notre ami, le Dr de Ranse, a fait le rapport annuel sur les pensions nouvelles attribuées. Il a marqué d'un trait sûr le caractère des secours que donne l'Association. On critique toujours celle-ci parce que ses membres n'ont pas un « droit » formel à l'assistance, parce qu'ils doivent « demander » pour qu'on leur donne; mais, comme l'a dit notre ami, « dans une famille nombreuse, dont les membres ont suivi des fortunes diverses, on admet sans peine que les mieux partagés viennent en aide à ceux que les circonstances ont moins bien servis, et il y a pas, pour ces derniers, d'humiliation à subir ». Et parlant plus spécialement de ces 91 pensions que l'on donne à des septuagénaires, à des octogénaires qui, durant une longue carrière, ont lutté vaillamment contre les difficultés de la vie, M. de Ranse dit: « Ces confrères ont bien mérité de la profession, et lorsque dans cette enceinte, vous, les délégués de l'Association, qui êtes en même temps les représentants les plus autorisés de la profession, vous leur votez une pension viagère, ce n'est pas un secours humiliant que vous leur accordez, c'est une dette que vous acquittez, c'est un témoignage d'estime et de sympathie que vous leur donnez et qui les honore. »

Rien de plus juste, et comme cela répond bien à ceux qui croient que l'institution de la *Caisse indemnité-maladie*, substituée aux errements actuels, est la condition *sine qua non* du maintien de notre fédération fraternelle. C'est sur cette œuvre nouvelle, d'ailleurs digne d'intérêt, que notre distingué confrère, le Dr Bucquoy, a lu un intéressant rapport. Nous aurons l'occasion d'y revenir en parlant de la discussion qu'il a provoquée.

Pour finir le compte rendu de cette journée, disons qu'un vote de l'Assemblée de dimanche a institué vice-président M. le professeur Peter, membres du Conseil général MM. Hameau, Cazelles, Brouardel, de Mahy, dont le mandat a été renouvelé, MM. Chauffard (Paris), Douvre (Rouen), Surmay (Ham), nouvellement élus.

Le soir, à l'Hôtel Continental, dans le banquet offert par les membres du Conseil général aux présidents et délégués des Sociétés locales, banquet auquel le Dr Philbert a donné tous ses soins, des toasts ont été prononcés. M. le professeur Lannelongue a rappelé le souvenir de ces toasts aimables et spirituels, dont le président Roger n'a laissé a-t il dit le secret à personne; il a exprimé sa reconnaissance pour le lourd honneur qu'il a reçu de ses confrères, sa résolution de pousser les hésitants et de retenir les téméraires, et de mettre au point toutes les questions qui réclament si justement la sollicitude de l'Association.

Au nom des Sociétés locales, le plus jeune de leurs présidents a souhaité la bienvenue au successeur de Henri Roger.

Dans une improvisation brillante et dictée par le cœur, M. Duplouy, directeur de l'école de médecine navale de Roche-

fort, et président de la Société locale de cette ville, a dit la solidarité de l'élément médical civil et de l'élément militaire et naval.

Nous sommes tous serviteurs et soldats de la France, presque au même titre, et nous devons nous sentir les coudes en temps de paix, comme il nous arriverait de le faire en cas de guerre.

Mon excellent ami le Dr Motet a rappelé tous les mérites des membres du conseil judiciaire et a bu à leur santé, même à celle de l'éminent absent, M. Betolaud.

C'est M. Morillot qui a bien voulu répondre au nom de nos avocats. Il a fait l'éloge de ceux-ci et de leurs clients, les membres des Sociétés locales, il s'est réjoui de l'esprit libéral de ces deux corporations, et des liens qui les unissent, et a fait une allusion très fine aux dangers qui les menacent, ou plutôt à l'intrusion des femmes, recrues charmantes mais envahissantes, qui vont faire aux avocats et aux médecins une redontable concurrence, si leur robe se double de celle d'avocat ou de celle de docteur.

M. Morillot a dit ensuite que les Conseils judiciaires ne méritent pas les fleurs dont on les couvre, qu'ils ne sont, chose incroyable, que des avocats muets, détournant des procès les Sociétés locales; ce à quoi, terminant la série des toasts, le président Lannelongue a répliqué en proclamant bien haut les services si désintéressés et si nombreux de nos distingués conseils, nos amis et nos défenseurs.

(*A suivre.*) Dr C. Delvaille.

M. Fochier, ayant remarqué que la gravité des accidents, dans certains cas de fièvre puerpérale, s'atténuait sous l'influence du développement spontané d'un foyer local de suppuration, a eu l'idée de provoquer, dans un but thérapeutique, des foyers de ce genre, et a employé à cet effet, en injections sous-cutanées, d'abord le sulfate de quinine, plus tard le nitrate d'argent à 1/5, enfin actuellement l'essence de térébenthine. Cette méthode a été aussi essayée par M. Thierry (de Rouen) dans les affections puerpérales, MM. Lépine et Dieulafoy dans des cas de pneumonie grave; elle paraît avoir donné les bons résultats observés par M. Fochier. Notre savant confrère les Lyon pense qu'elle produira de même des effets favorables, « dans la pyémie, la septicémie, l'érysipèle, la grippe, l'ostéomyélite, dans certaines complications de la fièvre typhoïde, dans toutes les maladies infectieuses pouvant produire des suppurations multiples et, d'une façon plus générale, dans toutes les maladies aiguës pouvant aboutir à la suppuration, que cette suppuration soit un phénomène désirable ou qu'au contraire elle menace de détruire un organe important ».

Les abcès artificiels produits par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine sont assez douloureux et varient d'intensité et d'étendue. Il semble qu'il y ait un rapport entre l'acuité du phlegmon et l'amélioration des symptômes généraux. On doit avoir recours parfois à plusieurs phlegmons artificiels successifs; il est sage alors de n'en ouvrir un qu'après en avoir établi un autre.

Comment agit cette pyogénèse locale artificielle? Constitue-elle un simple révulsif ou dérivatif comparable aux vésicatoires aux cautères, aux sétons? Oui, sans doute, mais elle agirait en outre, suivant M. Fochier, en *fixant* l'infection généralisée, et notre confrère est disposé à admettre que, tout à l'entour du foyer purulent, il se sécrète des produits solubles qui vaccinent l'organisme. C'est pour cela qu'il ne donne pas issue au pus, ou que, avant d'ouvrir le phlegmon, il en établit préalablement un autre dans le voisinage.

Quoi qu'il en soit de ces explications, la méthode de M. Fochier a reçu la sanction clinique et offre au praticien une ressource puissante et précieuse dans bon nombre d'infections graves.

— Ce qu'il y a de mieux encore, c'est de prévenir ces infections, quand la chose est possible, par une bonne hygiène. M. Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux), s'est placé à ce point de vue éminemment pratique dans une intéressante communication sur les portes d'entrée de l'infection chez l'enfant. Ces portes d'entrée, très nombreuses, sont d'abord la plaie ombilicale, puis les ulcérations des malléoles, du talon, les érosions consécutives à l'érythème, les plaies vaccinales, l'impétigo, etc.. Une asepsie rigoureuse de toutes ces lésions s'impose pour mettre les enfants à l'abri des microbes pathogènes. Voilà ce qu'on ne saurait trop recommander, nous ne disons pas aux médecins, qui n'ont plus besoin d'être convaincus, mais aux sages-femmes, aux mères et aux nourrices.

— A propos d'un rapport sur un travail de M. Landolt, relatif à l'abus du mercure dans le traitement des maladies des yeux, M. Panas a fait connaître sur ce point sa pratique ophtalmologique. A l'encontre de l'opinion de M. Landolt qui réserve exclusivement la médication hydrargyrique pour les affections oculaires d'origine syphilitique, notre savant collègue l'emploie avec succès contre une foule de maladies des yeux qui n'ont rien de spécifique, telles que des iritis ou des choroïdites plastiques, des scléro-choroïdites myopiques, etc. Suivant lui, les méfaits attribués au mercure ne tiennent pas à la médication, mais à la manière dont elle est instituée. A la voie interne et à la voie cutanée il préfère la méthode hypodermique et la préparation à laquelle il a recours est une solution de biiodure de mercure dans de l'huile d'olive stérilisée (0 gr. 15 de sel mercuriel dissous à 60° dans 30 cc. d'huile). Chaque seringue de Pravaz contient ainsi de 4 à 5 milligr. de biiodure. Les injections sont répétées tous les jours ou tous les deux jours, suivant la susceptibilité des sujets. Pratiquées profondément dans les masses musculaires du dos ou des fesses, elles ne donnent lieu ni à de la douleur ni à des indurations, et leur usage prudemment surveillé n'entraîne ni stomatite ni aucun trouble fonctionnel appréciable. On peut concurremment utiliser la voie digestive pour un traitement ou un régime tonique qui complète les effets de la médication.

— La discussion sur le traitement de la pleurésie s'est continuée par deux importantes communications, l'une de M. Alphonse Guérin, l'autre de M. Peter. Nos deux collègues sont arrivés aux mêmes conclusions par des voies différentes. Le premier, en effet, a invoqué des raisons d'ordre anatomique; le second s'est appuyé sur les enseignements de la clinique. L'un et l'autre sont d'avis que la gravité plus grande des pleurésies, exigeant plus fréquemment qu'autrefois une intervention chirurgicale (thoracentèse ou opération de l'empyème), tient, non à une modification dans la constitution médicale, mais au changement du mode de traitement, à l'abandon de la méthode antiphlogistique qui avait donné de si bons résultats aux cliniciens de la première moitié de notre siècle, et continue d'en donner de non moins bons aux modestes médecins des campagnes, qui n'ont pas tardé à abandonner les doctrines

nouvelles pour revenir à la pratique des anciens maîtres.

Les recherches que M. Alphonse Guérin a poursuivies sur le cadavre l'ont conduit à la conviction que la pleurésie n'est autre chose qu'une lymphangite. La continuité du système artériel et du système lymphatique est un fait anatomiquement démontré. Le sang qui a pénétré dans les capillaires artériels laisse passer, dans les vaisseaux lymphatiques dont le réseau tapisse la surface des poumons, une partie de son sérum (épanchement séro-fibrineux), quelquefois les leucocytes (épanchement purulent), ailleurs les globules rouges (pleurésie hémorrhagique).

Pas n'est besoin, dans ces conditions, pour expliquer la pleurésie et l'épanchement consécutif, de faire intervenir un microorganisme quelconque, un germe infectieux; l'action du froid suffit et a peu de chose à faire pour enflammer la plèvre, troubler la circulation, amener l'épanchement. Si alors on intervient, à l'exemple de Laënnec et de ceux qui l'ont suivi et imité, par la méthode antiphlogistique, on jugule la pleurésie, on empêche ou l'on entrave l'épanchement, on rend inutile la thoracentèse.

M. Peter, restant sur le terrain clinique, distingue dans l'évolution de la pleurésie aiguë trois phases successives : 1° une phase hyperémique ou fluxionnaire ; 2° une phase exsudative ; 3° une phase sécrétoire.

La première est caractérisée par le frisson, début de la fièvre, et le point de côté, qui est le cri de souffrance du nerf irrité au voisinage de la plèvre enflammée, et constitue comme un cri d'alarme. Le médecin qui en comprend la signification et qui sait qu'il n'a devant lui que quelques heures pour empêcher ou tout au moins atténuer les phénomènes des deux phases suivantes, exsudation et épanchement, doit agir immédiatement et avec énergie. C'est ce que faisaient nos devanciers : par la saignée générale, ils combattaient la fièvre ; par les ventouses scarifiées, les sangsues, un peu plus tard les vésicatoires, ils s'attaquaient à la fluxion localisée et ils arrivaient ainsi à prévenir l'épanchement ou à n'avoir qu'un épanchement séreux peu considérable et qui se résorbait rapidement. La durée de la maladie était relativement courte, les cas nécessitant la thoracenthèse ou l'opération de l'empyème étaient rares, la mortalité ne dépassait pas 3 p. 100. Telle était la pratique, avec ses excellents résultats, de Laënnec, Andral et Bouillaud.

Aujourd'hui, quand on ne fait pas simplement de l'expectation en présence d'une pleurésie, on traite la fièvre par le sulfate de quinine ou l'antipyrine ; le point de côté par un sinapisme ou une injection de morphine. Pendant ce temps l'épanchement se produit, s'accroît ; la thoracentèse s'impose. Les épanchements ne sont plus seulement séreux, mais purulents; l'opération de l'empyème devient de plus en plus fréquente. La mortalité, d'après le relevé statistique de trois années à l'hôpital Necker, s'élève à 7 0/0; elle a plus que doublé. La mort subite, mort par syncope, autrefois inconnue, devient un accident relativement fréquent.

De cette comparaison entre les deux méthodes ressort pleinement la supériorité de l'ancienne sur la nouvelle. M. Peter appuie cette conclusion par quelques faits tirés de sa pratique. Nous pourrions nous-même en citer un que nous avons observé il y a une dizaine d'années, chez une personne qui nous touche de près. Obéissant aux indications signalées plus haut par M. Peter et interprétant, ainsi que lui, le point de côté comme un cri d'alarme, nous avons eu recours, sans tarder un instant, à l'ancienne méthode, et nous avons été assez heureux pour arrêter l'évolution de la pleurésie à la phase exsudative : les bruits de frottement ont été largement disséminés; mais il n'y a pas eu d'épanchement; la maladie n'a eu aucune suite éloignée...

Les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants ; l'évolution de la pleurésie continue, l'épanchement se produit. Jusqu'au vingtième jour, il peut se résorber et, à l'exemple de M. Constantin Paul, M. Peter attend jusqu'à cette époque pour pratiquer la thoracentèse, sauf les cas où il y a urgence, par exemple, quand l'épanchement est abondant et les viscères déplacés.

Notre collègue parle en excellent clinicien quand il dit, en terminant sa remarquable argumentation : « de nos jours, la notion de la *cause pathogénique* fait oublier l'*acte morbide*. En particulier, dans la pleurésie aiguë, nous n'avons évidemment pas prise sur l'action morbifique (que cette action soit due au froid ou à des microbes infectieux); nous n'avons prise que sur l'acte : acte hyperémique, acte exsudatif, acte sécrétoire. Or, pendant la phase pré-sécrétoire, qui peut durer de douze à vingt-quatre heures, nous avons, si nous sommes appelés assez tôt, le temps d'agir pour empêcher la sécrétion séreuse ou l'enrayer ».

Sans doute les malades qui viennent frapper à la porte des hôpitaux arrivent généralement trop tard ; la pleurésie est à la troisième période; l'épanchement est plus ou moins abondant. C'est pour n'avoir tenu compte que de ces cas, et pour avoir négligé les deux premières phases de la maladie pendant laquelle on peut agir efficacement, qu'on a érigé en méthode l'expectation jusqu'au moment opportun de pratiquer la thoracentèse. Mais, en bonne logique, ces cas ne sont pas assez nombreux pour permettre une semblable généralisation, et dans la pratique privée, on assiste assez souvent au début des pleurésies pour qu'on n'oublie pas les sages considérations développées par MM. Alphonse Guérin et Peter.

Dr F. de Ranse.

MÉDECINE PRATIQUE

Dysenterie.

Elle cède généralement, suivant M. Young, à la formule suivante :

Teinture d'opium......	30 grammes
Teinture de cachou......	90 —
Sous-nitrate de bismuth......	24 —
Sirop d'éther vitreux......	30 —
Sirop de menthe poivrée......	8 —
Mucilage d'acacia......	Q. S. pour 240 gr.

Une cuillerée à café toutes les trois heures.

Maux de gorge.

Voici un gargarisme que le même praticien recommande pour toutes les sortes de maux de gorge :

Alun pulvérisé......	8 grammes
Chlorate de potasse......	2 —
Teinture de myrrhe......	8 —
Glycérine et eau......	Q. S. pour 90 gr.

R. F. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Les Congrès. — Le *Congrès de chirurgie* et l'*Association générale des médecins de France* ne sont pas les seules institutions qui aient tenu, pendant la semaine de Pâques, leurs grandes assises à Paris. *La Société française de dermatologie et de syphiligraphie* a tenu sa troisième session les 21, 22 et 23 avril. *La Société obstétricale de France* s'est constituée et a tenu sa première session les mêmes jours que la précédente. Pendant ce temps se tenait, dans l'amphithéâtre du lycée Louis-le-Grand, un Congrès qui nous touche de près aussi, le *Congrès de l'éducation physique*. Enfin, par delà le Rhin, à Leipzig, avait lieu le *onzième Congrès allemand de médecine interne* et, à Rome, la *cinquième Conférence internationale de la Croix-Rouge*. Le défaut d'espace ne nous permet que de signaler aujourd'hui ces différents congrès. Nous ferons connaître les principaux faits qui s'y sont produits soit dans la *Gazette médicale*, soit dans la *Revue générale*.

La Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Cette Caisse a tenu dimanche dernier son Assemblée générale annuelle sous la présidence de M. Dujardin Beaumetz. Fondée il y a huit ans, elle voit s'accroître chaque année, dans de notables proportions, le nombre de ses adhérents et par suite son capital qui, dans deux ans, quand elle entrera en fonction, dépassera le chiffre prévu; c'est dire que son avenir est maintenant plus que jamais assuré, et qu'elle se recommande à l'attention de tous les confrères prévoyants désireux d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours.

L'internat en médecine et la loi militaire. — L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, qui s'est réunie samedi dernier, a émis les vœux suivants :

1° Que la limite d'âge proposée pour le concours de l'internat, et qui est imposée par le régime actuel de la loi, soit remplacée par une mesure établissant l'égalité du nombre de concours et du temps d'études entre les concurrents;

2° Que les concurrents à l'internat ne puissent prendre part à ce concours que pendant les six années qui suivront la prise de leur première inscription; et que les externes soient dorénavant nommés pour quatre années, non renouvelables;

3° Que le nouveau règlement ne soit applicable qu'au concours de 1896.

MM. Jayle et Martin, internes des hôpitaux, ont demandé, au nom de plusieurs salles de garde, que l'Association votât le doctorat des internes.

C'est une question, a dit M. Brouardel, qui demande à être étudiée et qui ne doit être résolue qu'après mûre réflexion.

Sur la demande de M. Martin, le comité de l'Association émet un autre vœu : la mise à l'étude du doctorat en médecine.

NECROLOGIE

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le Dr Jules Cyr, ancien inspecteur à Vichy, qui vient de succomber dans la force de l'âge. Notre regretté confrère nous avait précédé dans la collaboration de la *Gazette Médicale*. Il est l'auteur de travaux très recommandables, entre autres sur le diabète, les maladies du foie, etc. Il est resté pendant de longues années secrétaire général de la Société médico-chirurgicale (Société médico-pratique); il jouissait à un haut degré de l'estime et de l'affection de ses collègues et de tous ceux qui l'ont approché.

— Un autre de nos confrères et excellents amis, M. le Dr Adolphe Tissier vient de perdre un fils, étudiant en médecine, âgé de vingt-sept ans. Puisse l'expression de notre profonde sympathie contribuer, avec celle de ses autres amis, à adoucir son immense douleur.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris

COURS DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE. — M. Quinquaud, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le vendredi 29 avril 1892, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Etiologie des maladies, pathogénie, physiologie pathologique. — Les grands processus morbides. L'insuffisance rénale dans diverses affections. La glycogénie dans les maladies. Les altérations du sang dans les états morbides. Les troubles de la nutrition dans les maladies. — Thérapeutique générale.

Concours d'agrégation. — ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — Le jury est composé de MM. Duval, président, Farabeuf, Richet, Tillaux, Jolyet (Bordeaux), Debierre (Lille), Tourneux (Toulouse), Granel (Montpellier), Blanchard, Raphael, agrégé.

Suppléants : MM. Poirier, Quénu, Gley, Retterer.

CHIMIE, PHYSIQUE ET PHARMACIE. — Le jury est composé de MM. Gautier, président, Gariel, Jungfleisch, de l'Académie, Pouchet, Imbert (Montpellier), Lambling (Lille), Crolas (Lyon).

Suppléants : Moissan, d'Arsonval, Villejean, Weiss.

Société de biologie. — PRIX ERNEST GODARD. — 500 fr. — Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1892. Les mémoires doivent être envoyés avant le 15 octobre 1892, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 17 AU 23 AVRIL 1892

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, — Rougeole, 31. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 29. — Grippe, — Phthisie pulmonaire, 248. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44. — Méningite, 40 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36 — Paralysie, 14. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë et chronique, 73. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 88. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 62. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale, 36. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 6. — Total 1076.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX

Par le Dr P. R. Charrier,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

Suite (1)

Observation IV.

Pyosalpinx d'origine puerpéro-gonorrhéique (2).

F... Marguerite, âgée de 20 ans, entrée le 31 août 1890, à Pascal, salle A, lit no 17.

Antécédents héréditaires. — Père en vie. Mère morte subitement d'une rupture d'anévrysme.

Antécédents personnels. — Convulsions étant enfant, quelques ganglions cervicaux suppurés. Rougeole, scarlatine. Réglée à 11 ans, et mal réglée, voyait tous les trois mois. Déflorée à 15 ans 1/2. Abcès vulvaires, un à chaque lèvre (Bartholinite double). Fièvre typhoïde à 16 ans. Très bien portante avant sa grossesse ; devient enceinte l'an dernier, accouche le 4 décembre d'un garçon mort né, à Frascator, parce qu'on avait constaté une forte vaginite.

Douleurs en urinant. Après ses couches les pertes blanches, qui ne s'étaient montrées qu'avant, avaient disparu. En revanche, elle souffrait dans le ventre de plus en plus. Ces douleurs avaient commencé au moment où elle fut déflorée et avaient persisté presque sans interruption. Cependant pas de pertes blanches, sauf au moment où sa grossesse commença.

Après son accouchement, immédiatement après, douleurs et pertes très abondantes, ces pertes persistèrent, pas très fortes, mais continuelles jusqu'au vingtième jour ; à ce moment elle fut remontée dans le service de M. Balzer. C'est là qu'elle fut prise d'accidents péritonéaux assez intenses; ces accidents se calmèrent sous l'influence de la glace et des cataplasmes. Enfin, elle quitta Lourcine en mars, au moment de son retour de couches. Pendant un mois elle n'eut ni douleurs, ni pertes blanches, ni pertes rouges, mais, après ses époques menstruelles du mois d'avril, elle fut reprise d'accidents douloureux et en même temps de pertes blanches qui durèrent jusqu'au jour où elle revint à l'hôpital. Depuis son retour de couches toutes ses époques ont été hémorrhagiques.

Etat actuel. — Huit jours avant d'être descendue à Pascal, entre chez M. Balzer à Lourcine, salle Cullerier. Sur la demande de l'interne, M. Colliuet, nous allâmes voir la malade. Nous trouvons une femme en proie à de vives douleurs abdominales, dans le décubitus horizontal, n'osant faire un mouvement, le poids des couvertures lui était odieux et elle réclamait à grands cris une opération radicale. En touchant cette malade, ce qui est très douloureux, nous constatons l'utérus immobile, figé au milieu d'une tumeur rénitente très sensible. Nous la fîmes immédiatement transporter à Pascal.

Dès le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 1er septembre, nous examinons la malade. Cet examen nous confirme dans le diagnostic que nous avions porté à Lourcine. M. Pozzi trouve le col dans l'axe, mais un peu gros. Utérus en antécourbure normale. Culs-de-sac postérieurs et latéraux remplis par une tumeur très douloureuse qui paraît soudée à la face postérieure de l'utérus.

Diagnostic. — Pyosalpinx probable avec périsalpingite.

La malade ayant commencé à perdre en rouge assez abondamment nous sommes obligés d'interrompre les examens; néanmoins elle continua de souffrir.

M. Pozzi se décida à faire l'opération le plus tôt possible. Elle fut pratiquée le 12 septembre au matin.

Avant l'opération, examen sous chloroforme : col dans l'axe un peu gros. Utérus en antécourbure normale. Culs-de-sac postérieurs et latéraux remplis par une tumeur qui était très douloureuse et qui paraît soudée à la face postérieure de l'utérus.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un verre et demi de sérosité. On recherche les annexes du côté gauche, qui sont très adhérentes au bassin, à l'épiploon et à l'intestin ; en arrière les adhérences sont rompues par traction et dilacération et la trompe et l'ovaire très largement pédiculés sont amenés à l'extérieur et pris dans une double ligature. Une première double ligature enlève la majeure partie des trompes, mais on s'aperçoit que la quantité enlevée n'est pas suffisante et une seconde ligature est placée au-

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Observation publiée *in extenso* dans la thèse sur la Péritonite blennorrhagique chez la femme, par P. Charrier, obs. XVI, page 101.—Steinheil, 1892.

dessous péniblement, au voisinage de la corne utérine. La ligature de la corne utérine cède et on doit faire l'hémostase à l'aide d'un surjet au catgut. Cautérisation des moignons au thermo-cautère ; à droite la trompe suppurée et l'ovaire peuvent être décortiqués et enlevés.

Une petite quantité de pus s'échappe au moment de la section; drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

L'examen des pièces montre un double pyo-salpinx, l'ovaire est absolument confondu avec le pavillon de la trompe oblitérée : le pus est crémeux, verdâtre.

L'ovaire est scléro-kystique, absolument confondu avec la trompe et son aileron.

Il existe à gauche 2 petits kystes du volume d'une petite noisette dans l'aileron de la trompe; le contenu est séreux pour l'inférieur, opalin pour le supérieur; ils auraient évidemment fini par suppurer.

Côté droit : il existe un kyste appendu à la partie inférieure du pavillon de la trompe franchement pédiculé, contenu séreux. En pressant sur la trompe on fait sourdre du pus par la tranche.

Les suites de l'opération ont été excellentes : la cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on a fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente-cinq, complètement guérie. Elle a été revue depuis et est en parfaite santé.

Les quatre observations qui précèdent offrent un point commun : on a dans toutes plus ou moins fait le drainage. C'est une mesure de précaution sur laquelle M. Pozzi insiste beaucoup et avec raison. Il a même fait, au sujet du pansement de Mickulicz que, le premier, il a appliqué en France, une communication à la Société de chirurgie. Les inconvénients de ce mode de drainage ont été très exagérés et il est utile de savoir que le mickulicz complet n'est pas toujours nécessaire: une simple bandelette de gaze iodoformée assez profondément placée dans le cul-de-sac postérieur et sortant par l'angle inférieur de la plaie suffit le plus souvent. Il faut avoir vu comme nous, huit heures après la laparotomie, le pansement souillé de sérosité pour comprendre l'utilité de ce drainage capillaire. Le surlendemain on enlève complètement la mèche que l'on avait retirée en partie aux deux premiers pansements afin de ne plus laisser les adhérences s'établir trop solidement.

Dans ces quatre observations l'étiologie semble être la même sans qu'il y ait cependant de preuves autres que celles tirées des antécédents et de la clinique pour affirmer une infection conjuguée puerpéro-gonorrhéique. Dans notre thèse nous avons insisté sur les cas où l'origine vénérienne, c'est-à-dire non puerpérale, devait être incriminée. L'observation II et l'observation IV ont été publiées par nous, dans notre travail, comme des exemples d'infection mixte, de même l'observation I. L'observation III nous paraît être, au contraire, un type de lésions des annexes consécutives à l'accouchement et à l'avortement septiques. Or, nous ne saurions trop faire remarquer combien dans ces cas la suppuration était abondante ; il y avait de la périsalpingite suppurée à côté des masses de péri-métro-salpingite séreuse. Les deux trompes étaient suppurées et l'une d'elles formait une poche unique et volumineuse avec l'ovaire qui était également transformé en un abcès.

Nous tenons également à faire remarquer que malgré l'origine streptococcique de l'infection, les malades ont guéri par première intention. La cicatrice a parfaitement tenu et cependant dans deux cas le pus a été en contact avec le péritoine par le fait d'une poche rompue. C'est évidemment au lavage d'abord, puis au drainage que nous avons dû le succès dans ces deux cas.

Dans les observations III et IV, un même accident s'est produit; sous l'influence de la ligature, la trompe parenchymateuse, friable a été coupée par la soie et une hémorrhagie s'est produite soit au niveau de la section de la trompe, soit sur la tranche du ligament large très épaissi et très vasculaire. C'est alors que M. Pozzi, comme toujours en pareil cas, au lieu de perdre un temps précieux à placer une ligature qui ne tient pas, s'est contenté de faire un surjet au catgut et nous n'avons jamais vu échouer ce procédé si simple et si rationnel.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE BACILLAIRE PAR LA MÉTHODE INDIRECTE

Par E. GAVOY,
Médecin principal de 2e classe.

(Suite et fin) (1)

OBSERVATION IV.

Del... (Georges-Joseph), gendarme à la 1re Légion, âgé de 34 ans.

Examen. — Ce gendarme est malade depuis plusieurs mois. Il fait cependant assez régulièrement son service. Il tousse, a des sueurs nocturnes et de la diarrhée. Taille : 1 m. 75. Le poids du corps est de 49 k. 270. Cet homme est bien conformé, d'un tempérament lymphatico-sanguin; amaigrissement considérable. Le visage pâle et décoloré, les gencives exsangues et serrées, indiquent un état d'anémie générale très prononcé; faiblesse des membres; nonchalance; apathie, oppression notable pendant la marche; dyspnée en montant les escaliers; inappétence.

Bel..., entre à l'hôpital, le 24 septembre 1891, pour bronchite et hémoptysies. L'exploration donne les résultats suivants :

En avant : La matité est normale des deux côtés. L'auscultation révèle une respiration rude, un manque d'ampleur et des râles sous-crépitants nombreux aux deux sommets. Le retentissement de la voix paraît exagéré.

En arrière : Matité prononcée dans la fosse sus-épineuse gauche. Submatité dans la même région à droite. La percussion n'est sonore que vers les bases. A l'auscultation, on constate l'absence du murmure vésiculaire et des craquements humides au sommet gauche; une respiration exagérée, prolongée et soufflante à droite. On entend des râles humides abondants des deux côtés, dans les fosses sus-épineuses. L'expectoration est facile et abondante. Crachats muqueux, teintés de stries de sang et spumosité sanguinolente; fréquemment, petites hémoptysies.

Traitement. — Alimentation substantielle. Solution de perchlorure de fer XX gouttes, potion d'ergotine 1 gr., ventouses

(1) Voir les numéros 17 et 18.

sèches sur le dos et pédiluves sinapisés, dès que l'expectoration devient sanguinolente. Injections hypodermiques d'huile iodoformée et essence de girofle.

L'état général s'améliore promptement, l'appétit et les forces reviennent; le malade est aussi plus gai et se trouve plus vigoureux; les hémoptysies n'ont cessé que tardivement; la matité est remplacée par un peu de sonorité, qui indique que les poumons sont devenus plus perméables à l'air; l'expectoration est tarie complètement; on n'entend plus de râles en avant, ni en arrière; la respiration est encore rude, inégale des deux côtés et aux différents temps, mais sans bruits de souffle.

Le 21 décembre, le malade pèse 60 k. 500; son poids a donc augmenté de 11 k. 230. Il se promène toute la journée dans le jardin, monte facilement les escaliers et demande à sortir le 8 décembre.

Observation V.

(Recueillie par M. L. Mulliez, étudiant en médecine, infirmier de visite.)

Guy... (Eugène), 2e soldat, classe 1890, 43e régiment d'infanterie.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte, il y a dix ans, d'une affection utérine; son père est bien portant. Le malade a cinq frères en bonne santé. Deux sœurs sont mortes, l'une à 2 ans et 1/2, du croup; l'autre à 21 ans, après six mois de maladie avec toux.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à 13 ans, moment du début de cette affection. Guy... reçut sur l'œil gauche un coup qui y produisit une ecchymose. Il se forma une tumeur qui s'indura peu à peu à la périphérie. Un docteur de Nœux-les-Mines l'ouvrit; il s'écoula un peu de pus. Au bout de cinq mois, l'ouverture n'est pas fermée, la tumeur est rouge et de même volume.

Pendant un an, on ne fit plus rien; la tumeur s'indura et se couvrit à sa surface de croûtes qui, en tombant, laissaient écouler du pus.

En 1887, M. le Dr Thelliez, d'Hénin-Liétard, pratique le grattage et fait appliquer une pommade. La guérison semble presque obtenue; mais il reste toujours une surface rouge sombre, parsemée, au dire du malade, de croûtes sèches, qui se reproduisent sans cesse. Vers le mois de décembre, la rougeur devient plus vive, puis de couleur bleuâtre; il se forme une croûte épaisse sur toute la surface de la tumeur. Au bout d'une quinzaine de jours, la croûte tombe et du pus s'écoule. Le malade a recours à plusieurs médecins qui appliquent des pommades sur la surface ulcérée; pendant trois ou quatre mois, elle reste à vif et ne se cicatrise que lentement, laissant une surface rouge sombre, très épaisse, couvertes de petites croûtes sèches.

Le 10 novembre 1891, Guy... est appelé comme jeune soldat au 43e d'Infanterie. Il entre à l'infirmerie. Des lavages au sublimé sont faits pendant quelques jours. Guy... est envoyé le 14 décembre, en observation à l'hôpital militaire.

Etat actuel. Large surface demi-circulaire rouge sombre obscure, d'une largeur d'environ 7 centimètres, d'une hauteur de 3 centimètres sur la pommette de la joue gauche.

La périphérie du cercle a la forme d'un bourrelet épais en fer-à-cheval, circonscrivant une surface centrale en partie cicatrisée, en partie ulcérée. Ce bourrelet part de l'apophyse zygomatique, passe sur l'os malaire, suit le bord interne du nez et se termine près de l'angle interne de la paupière inférieure. Il est constitué par une succession de tubercules de différentes dimensions; les plus volumineux sont aux extrémités, ceux qui occupent le bord interne atteignent le volume d'un grain de blé. La plupart de ces tubercules sont pustuleux.

En outre, presque séparé du gros de la lésion, il existe sur la paupière inférieure, près de l'angle interne, un tubercule de la grosseur d'un pois environ.

Une zône d'un rouge vif, excentrique au bourrelet, indique un travail d'envahissement. Le nez est tuméfié et empâté du côté de la lésion. L'état général est satisfaisant. Aucun signe de tuberculose ailleurs.

Le diagnostic porté par les divers médecins consultés a toujours été celui de *Lupus tuberculeux*. On inscrit sur le cahier de visite : *Lupus tuberculeux herpétiforme*.

Traitement. — Alimentation substantielle, vin vieux, vin de gentiane et huile de foie de morue. Bains généraux. Injections hypodermiques d'essence de girofle iodoformée au pourtour de la lésion. Pansement du lupus avec l'huile de l'injection.

Après un mois de ce traitement, les ulcérations du centre sont cicatrisées; les tubercules persistent, mais il ont diminué de volume et ne suppurent plus. Les plus volumineux sont touchés très légèrement avec la pointe du thermo-cautère.

Pendant quelques jours, on a appliqué un électrode sur la surface du lupus. L'aspect n'étant pas modifié, l'électricité est abandonnée et l'on reprend le pansement à l'huile iodoformée, ainsi que les injections hypodermiques, qui sont faites aux membres inférieurs et supérieurs.

Une grande amélioration est obtenue; le bourrelet est affaissé et a disparu en grande partie. Quelques tubercules atrophiés persistent encore aux extrémités du fer-à-cheval; ils sont nets et dégagés au-dessus de l'aile du nez, peu perceptibles, à l'extrémité externe.

Le tubercule signalé à la paupière inférieure a aussi perdu ses dimensions; il est en partie atrophié.

On fait à la surface du lupus des badigeonnages journaliers de teinture d'iode, pour activer la complète résolution du bourrelet, des nodosités tuberculeuses et de l'induration du tissu cellulaire sous-cutané.

Au 4 mars, à la place occupée par la tumeur rouge sombre, terminée par un bourrelet demi-circulaire entourant un centre rouge, ulcéré, couturé, on voit une surface de peau un peu rouge, mais uniforme, souple dans toutes ses parties et sans trace de granulations. Le gros tubercule de la paupière inférieure a disparu entièrement. La guérison serait bien complète, sans la présence de deux ou trois petits nodules lupeux, qui nécessitent encore la prolongation du traitement.

REVUE CRITIQUE

SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Le dernier Congrès de chirurgie, qui vient de clore ses brillantes assises à Paris, a fourni matière à nombre de communications et a servi de prétexte pour discuter certaines questions déjà traitées antérieurement et qui présentent un intérêt à peu près égal pour le chirurgien et pour le médecin. Parmi ces questions, vouées en quelque sorte à des réapparitions périodiques, nous distinguerons particulièrement celle des kystes hydatiques du foie, qui a fourni à M. le

Dr Bonilly l'objet d'un mémoire très important. Notre collègue a exposé sur ce point les résultats les plus récents de son expérience personnelle, déjà assez étendue, si l'on en juge par le nombre des faits qui forment la base de sa statistique: car ces faits représentent un total de 15 observations, chiffre suffisant pour légitimer par avance les conclusions issues d'un examen comparatif des cas. Il s'agissait surtout de mettre en parallèle les résultats fournis par la ponction simple suivie d'injection, procédé *médical* à proprement parler, avec les méthodes d'ordre plutôt chirurgical, telles que l'incision et l'extirpation des kystes, avec ou sans laparotomie. Cette comparaison s'imposait, pour ainsi dire, après les débats qui ont eu lieu sur la valeur respective de ces deux modes d'intervention, et, à vrai dire, c'est elle qui nous intéresse le plus, nous médecins, qui revendiquons avec une certaine apparence de raison pour notre pratique le procédé de la ponction. Dans quel sens désormais devra-t-on se prononcer en présence d'un kyste reconnu cliniquement?

Il est clair que la réponse ne saurait être uniforme, et qu'il y a lieu, comme par le passé, d'établir des catégories. Le mémoire de M. Bouilly tend précisément à accentuer davantage ces dernières et à affirmer une séparation peut-être insuffisamment délimitée jusqu'à présent, et qui est reconnue indispensable. Ainsi, notre collègue, de même que ses devanciers, admet deux groupes de faits nettement tranchés: le premier comprend les cas où le kyste est simple, uniloculaire, avec liquide transparent caractéristique, sans trace de suppuration. Ces cas relèvent à peu près uniquement de la ponction avec injection. C'est à eux que cette dernière méthode devrait être exclusivement réservée. Dans le deuxième groupe, il faut ranger tous les faits où le kyste est suppuré, que ce soit spontanément ou par infection éventuelle surajoutée: et d'autre part, tous ceux où il s'agit de kystes multiloculaires avec de nombreuses hydatides filles dans l'intérieur des poches, ou bien de kystes disséminés, indépendants, sans communication les uns avec les autres Pour tous ces cas, et notamment pour ceux de la dernière catégorie, M. Bouilly estime que l'on ne peut obtenir de résultat satisfaisant, définitif, que par l'incision du kyste et le lavage de la poche, suivis ou non de l'extirpation de la paroi. Ces conclusions apparaîtront à priori comme vraisemblables, indiscutables: Et pourtant il y a peut-être lieu de leur opposer quelques réserves inspirées par la comparaison des résultats obtenus par notre collègue, avec ceux qui ont fourni la base des statistiques énoncées par d'autres cliniciens, lors de certaines discussions engagées sur le même sujet à une époque antérieure.

En ce qui concerne le procédé de la ponction, il y a peu de chose à en dire, sinon pour reconnaître qu'il a fait ses preuves, et depuis longtemps. Pour s'en convaincre, il suffirait de relire les communications qui ont été faites à plusieurs reprises durant ces dernières années devant la Société médicale des hôpitaux. C'est d'abord M. Debove qui est venu rapporter plusieurs cas de kystes intrahépatiques guéris par simple ponction suivie de lavage. Un peu plus tard, en 1888, M. Troisier signale même un cas où la guérison fut obtenue par une simple ponction, non suivie d'injection antiseptique. Il est vrai que des doutes furent émis concernant la valeur du résultat, au sujet duquel on pouvait formuler des réserves relatives à la possibilité de récidives et à l'éventualité d'une diffusion des hydatides pouvant amener la formation ultérieure d'autres kystes. En 1889, M. Juhel-Rénoy expose la relation d'un cas observé chez une jeune fille de 12 ans. La guérison fut obtenue chez cette malade après une ponction suivie de l'injection d'une faible quantité de liqueur de Van Swieten. Le même observateur rapporte, l'année suivante, un cas très analogue, où la guérison fut également le résultat de ponctions, multiples cette fois, et accompagnées de lavages abondants avec de l'eau naphtolée. A l'occasion de ce fait, M. Juhel-Rénoy signale les inconvénients des solutions mercurielles, qui peuvent amener de graves symptômes d'intoxication et il affirme sa préférence pour l'eau naphtolée, en raison de sa parfaite innocuité. Cette dernière remarque est appuyée par M. Merklen, qui invoque à son tour un cas tiré de sa pratique personnelle, dans lequel où dut recourir au naphtol, après avoir reconnu les dangers des solutions mercurielles. Bien d'autres opinions et bien d'autres faits pouvaient être cités encore qui démontrent l'efficacité de la ponction combinée avec les lavages antiseptiques, lorsqu'il s'agit de kystes simples, non enflammés, suppurés. La question est seulement de savoir si cette dernière catégorie de faits est seule justiciable de la méthode, et si on ne peut appliquer celle-ci à des cas plus complexes, aux kystes multiloculaires ou disséminés et à ceux qui ont subi la transformation purulente.

Sur ce dernier point, les observateurs que nous venons de citer paraissent d'accord avec M. Bouilly, et leur réponse est assez uniformément négative. Il y a pourtant des faits qui autorisent à faire certaines réserves sur ce point. Tel est celui que M. Netter a exposé récemment devant la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un volumineux abcès hépatique, d'origine exotique et certainement infectieuse. Notre collègue crut devoir le traiter d'abord par la ponction et par un lavage au sublimé. Le résultat fut excellent, la guérison fut obtenue définitive et complète après une seule intervention. On ne peut contester la valeur de ce fait, car s'il est prouvé qu'un abcès du foie, de cause notoirement infectieuse, peut guérir avec des moyens aussi simples, à plus forte raison on est fondé à croire que même résultat pourrait être obtenu dans le cas d'une poche kystique simplement enflammée. Cette opinion paraîtra d'autant plus vraisemblable, que les recherches de MM. Chauffard et Widal sur le contenu des kystes hydatiques ont démontré la faible virulence du pus éventuellement formé dans ces kystes: cette dernière particularité pouvant s'expliquer d'ailleurs aisément par l'absence habituelle et dûment constatée de germes pathogènes à l'intérieur de ces cavités. Nous sommes donc amené à penser que le fait de la suppuration dans un kyste n'est pas toujours et nécessairement une contre-indication à l'emploi du procédé si simple de la ponction; mais nous reconnaissons immédiatement que celle-ci ne saurait, en pareil cas, être autre chose qu'une méthode d'essai qui, à la première apparence d'insuccès, devra faire place à la méthode plus chirurgicale de l'incision. Toujours est-il qu'on ne courra aucun risque à l'essayer, pas plus qu'on n'en court lorsqu'on pratique la thoracentèse chez un malade atteint de pleurésie purulente avant de recourir à l'empyème, considéré en pareil cas comme ultime ressource.

On peut se demander pareillement s'il ne serait pas légitime d'introduire aussi quelques réserves pour le cas de kystes multiloculaires, que M. Bouilly semble vouloir soustraire complètement à la ponction et réserver exclusivement à une intervention plus chirurgicale. Nous reconnaissons volontiers que cette catégorie de kystes réalise des conditions très défavorables à l'intervention du trocart et à la diffusion des in-

jections modificatrices qui complètent si bien les effets de la ponction. Nous croyons pourtant savoir, sauf erreur, qu'il y a eu des succès, malgré ces circonstances si contraire à l'application de la méthode. Il nous semble que M. Potherat en a cité quelques-uns dans sa thèse, où l'on trouve le relevé de 12 cas traités par la ponction, sur lesquels un seul insuccès. Si peu nombreux qu'ils soient; ces faits constituent une sorte d'encouragement, et ils autorisent le cas échéant à ponctionner un kyste chez lequel on aura lieu de soupçonner l'état multiloculaire. Comme dans le cas de kyste suppuré, l'incision et l'extirpation devront toujours être réservées à titre de ressource ultime, et on peut le dire, assurée.

Il est donc bien établi désormais que la ponction avec injection reste la méthode de choix pour une nombreuse catégorie de cas, parmi lesquels les kystes simples, uniloculaires, non enflammés, représentent la très grande majorité. Cette conclusion vient entièrement à l'appui des efforts que les médecins font depuis longtemps pour maintenir le traitement des kystes hydatiques dans le domaine de leur compétence particulière. Il n'y a pas de parti pris à dire que, dans une limite raisonnable, ce traitement doit rester leur propriété, sinon leur monopole, aussi bien que la thoracentèse vis-à-vis des épanchements pleurétiques, ou la paracentèse dans le cas d'ascite. Les chirurgiens qui, depuis quelques années, ont réalisé tant d'empiètements sur le terrain de la thérapeutique médicale proprement dite, ne sauraient s'inscrire en faux contre cette déclaration.

P. MUSELIER.

REVUE DES JOURNAUX

SUR LA GUÉRISON DES MALADIES INFECTIEUSES

La question des rapports de l'immunité et de la guérison des maladies infectieuses a fait, dans ces derniers temps, l'objet de recherches très intéressantes, mais qui ne sont pas encore sorties du domaine du laboratoire. Les premiers résultats de ces recherches sont de nature à faire espérer qu'on réussira à guérir les maladies infectieuses en conférant à l'organisme malade une immunité très prompte à se manifester.

Or le procédé le plus rapide de conférer l'immunité contre certaines maladies infectieuses, consiste à inoculer à un animal du sérum sanguin emprunté à un autre animal rendu réfractaire contre la maladie en cause. Ce procédé, mis en pratique chez un animal qui est déjà en puissance d'une maladie infectieuse, peut amener la guérison de celle-ci, en neutralisant l'infection en cours. Les résultats obtenus dans cette voie, par M. Klemperer, ont été exposés dans un des derniers numéros de ce journal (n° 16. p. 185.)

Or, le traitement préventif qu'on est obligé de faire subir aux animaux destinés à fournir le sérum vaccinal et curatif, les difficultés qu'on éprouve pour recueillir ce sérum, sont des obstacles sérieux à l'introduction de ce procédé en thérapeutique. Dans ces conditions MM. G. et F. Klemperer (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1892, n° 18, p. 421), se sont demandé s'il ne serait pas possible d'arriver au même résultat en inoculant à l'organisme atteint d'une maladie infectieuse au début, un bouillon de culture du germe de cette maladie.

Dans le premier procédé, il s'agit en somme d'une immunité conférée par voie *médiate*, c'est-à-dire par l'intermédiaire du sérum d'un animal rendu immun par l'inoculation d'un bouillon de culture vaccinal dépouillé en partie de sa virulence par voie d'échauffement. MM. Klemperer se sont demandé si l'inoculation d'un tel bouillon de culture, atténué dans sa virulence, ne pourrait pas, dans des conditions déterminées, conférer *directement* l'immunité à un animal se trouvant déjà sous le coup de l'infection, si, en d'autres termes, l'inoculation de ce bouillon atténué n'agirait pas comme agent curateur.

Des expériences dans cette voie avaient déjà été faites par les deux auteurs, mais sans succès. Elles avaient consisté à transmettre l'infection par pneumocoques à des lapins, à inoculer ensuite à ces animaux, dans les veines de l'oreille, une certaine quantité d'un bouillon de cultures de pneumocoques, atténué dans sa virulence par l'échauffement à 60°. Dans ces conditions les animaux acquièrent une immunité de moyen degré, et qui ne se manifeste qu'à partir du troisième jour, c'est-à-dire trop faible et trop tardive pour pouvoir neutraliser une infection en cours.

Pour arriver à des résultats plus satisfaisants, MM. Klemperer ont cherché à obtenir des bouillons de culture susceptibles de communiquer une immunité plus forte. Or, c'est une expérience faite que le degré de l'immunité augmente avec la quantité de bouillon vaccinal inoculée. Les deux auteurs ont donc commencé par injecter des quantités croissantes de bouillon de culture, mais ils se sont heurtés à des difficultés pratiques qui leur ont fait abandonner cette voie. Ils ont eu alors l'idée de se servir de bouillons de culture de plus en plus concentrés. En exposant des bouillons de culture du pneumocoque à une température de 60°, sous la cloche de la machine pneumatique, ils ont réussi à les réduire en très peu de temps au 1/10 de leur volume primitif. Ces bouillons concentrés conservaient les propriétés des bouillons originels : ils étaient dépouillés de toute virulence, et avaient la propriété de conférer l'immunité. Naturellement cette immunité était beaucoup plus forte que celle qu'on obtenait avec les bouillons non concentrés, et de plus elle commençait déjà à se manifester le premier jour après l'inoculation vaccinale. Parmi les animaux qui ont fait l'objet de ces expériences, plusieurs ont pu supporter l'injection de 1 cc. d'une culture virulente du pneumocoque (dose mortelle dans les circonstances ordinaires) pratiquée vingt-quatre heures après l'inoculation vaccinale.

Les deux expérimentateurs ont donc cherché à conférer l'immunité « immédiate » à des animaux en puissance de l'infection pneumococque, par le moyen des inoculations à doses progressivement croissantes, de bouillon de culture concentré du pneumocoque. Leurs tentatives ont échoué tant qu'elles ont porté sur des animaux (lapins) infectés avec une culture douée du maximum de virulence. Mais lorsque l'infection était développée au moyen d'une culture de virulence atténuée, c'est-à-dire avec une culture préalablement exposée à une température de 40°,5 (au lieu de 37°), auquel cas les animaux inoculés ne succombent qu'au bout de quatre à six jours, l'immunité curative a pu être obtenue. Il a fallu pour cela intervenir dans les vingt-quatre premières heures, et pendant trois jours consécutifs inoculer aux animaux, matin et soir, 5 cc. du bouillon de culture traité ainsi qu'il a été dit plus haut (exposition à une température de 60°, réduction au 1/10 du volume primitif).

La preuve est donc faite pour la maladie infectieuse développée par l'inoculation du pneumocoque, de la possibilité de neutraliser l'infection par le moyen de ce que MM. Klemperer appellent « *l'immunisation consécutive immédiate* », obtenue en injectant à temps voulu une quantité suffisante d'un bouil-

lon de culture du pneumocoque, stérilisé par voie d'échauffement (à 60°) et réduit à un degré convenable de concentration. Récemment cette preuve a été faite par MM. Brieger, Kitasato et Wassermann, pour la maladie infectieuse connue sous le nom de rouget des porcs.

Reste à savoir dans quelle mesure cette *sérumtherapie*, ainsi que l'appellent les deux auteurs, sera applicable à la thérapeutique humaine. MM. Klemperer constatent que si elle a l'avantage de reposer sur l'emploi d'un remède d'une préparation facile et rapide, elle a l'inconvénient d'être impuissante contre les infections rapidement mortelles. Or, la plupart des maladies infectieuses de l'homme évoluent avec assez de lenteur pour qu'il n'y ait pas à se préoccuper de ce désavantage. C'est donc un champ nouveau qui s'offre à l'expérimentation clinique.

F. Ricklin.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*Suite.*)

Les nombreuses communications qui ont été faites en dehors des trois questions officielles peuvent être rangées sous les chapitres suivants : crâne et cerveau, foie, intestin, voies urinaires, os et articulations, etc., etc.

Nous allons résumer rapidement les discussions qui les ont accompagnées.

Crâne et cerveau.

Depuis quelques années, les opérations sur le crâne et le cerveau sont à l'ordre du jour, et les résultats qu'on en a obtenus ont fait faire un grand pas à l'histoire des localisations cérébrales. La trépanation, à l'aide de la couronne du trépan, était généralement employée dans les interventions craniennes. M. P. Poirier (Paris) a abandonné la couronne de trépan et l'a remplacée par un ciseau fort et bien coupant actionné par un maillet en plomb. Il trouve que cet instrument taillé en biseau, ne fait pas courir le risque d'un enfoncement soudain; d'autre part, le martelage ne nuit en rien au système nerveux. M. Poirier entre ensuite dans quelques considérations intéressant les hernies du cerveau à travers les orifices osseux ; il ajoute qu'il y a nécessité du drainage chaque fois que les méninges et la substance cérébrale ont été touchées. Quant à l'écoulement abondant qu'il a noté deux fois, du liquide céphalo-rachidien par l'oreille à la suite de traumatisme par arme à feu dans la région de la tempe, il croit que l'on doit l'attribuer à l'arrachement de l'étrier au niveau de la fenêtre; l'écoulement se fait par l'intermédiaire des espaces périlymphatiques qui communiquent librement avec la grande séreuse arachnoïdienne par l'aqueduc du limaçon. M. Largeau (Niort) s'est également servi de la gouge et du maillet pour circonscrire un lambeau osseux de 7 centimètres sur huit aux dépens du pariétal sur un enfant de 3 ans offrant des troubles de motilité, de sensibilité, de la microcéphalie, un arrêt de développement de l'intelligence, le tout paraissant dû à une ossification prématurée dû crâne avec arrêt de développement du cerveau. Sept mois après, l'amélioration constatée dès les premiers moments se poursuivait sans accident. M. Chénieux (Limoges), également pour arrêt de développement cérébral, a pratiqué deux craniectomies, qui, les deux fois, out donné des résultats excellents. Il pense que, dans certains cas, on peut tirer un bénéfice plus grand d'une craniectomie intéressant toute l'étendne de la suture coronale, et même, si on le peut, de la suture sagittale. M. Girard (Grenoble) a taillé une large ouverture du crâne en U, à convexité supérieure, pour aller à la recherche d'un kyste hématique déterminé par des balles de revolver sans avoir obtenu un résultat consécutif bien net.

Mais M. Maurice Pollosson (Lyon) fait remarquer que si, dans la plupart des observations que l'on rapporte d'intervention chirurgicale sur le crâne, les effets immédiats n'ont pas été nuisibles, il n'en est pas toujours ainsi. Certains accidents mortels, consécutifs à ces interventions, paraissent dus à une hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien, à l'augmentation de pression qui en résulte, et à cette pression s'exerçant sur le bulbe rachidien. Aussi, quand des accidents de cette nature se montreront après l'intervention chirurgicale, devra-t-on songer à donner un écoulement suffisant au liquide céphalo-rachidien, afin d'éviter une hydrocéphalie aiguë.

Foie.

Le traitement des kystes hydatiques par l'incision ou les injections de sublimé, tel est le titre d'une communication de M. Bouilly sur les résultats que donnent ces deux méthodes. Celles-ci s'adressent à des cas distincts qu'il est important de séparer en clinique.

A l'*incision* appartiennent : 1° les kystes hydatiques contenant de nombreuses hydatides filles; 2° les kystes multiples disséminés dans le même organe, comme le foie ou l'épiploon; 3° les kystes suppurés, soit spontanément, soit après une courte intervention.

M. Bouilly a traité 5 kystes hydatiques par l'incision ; 4 ont guéri d'une manière définitive et sans aucune apparence de récidive ; une malade a succombé, mais elle était dans un tel état de marasme au moment de l'opération qu'il ne pouvait en être autrement. Toutes les fois, il s'agissait de grands kystes contenant de nombreuses hydatides filles.

L'*injection* de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples, uniloculaires, contenant le liquide clair caractéristique ordinaire, et vierges de tout traitement antérieur. On reconnaîtra ces kystes simples, uniloculaires, à leur grande tension, à la régularité de la collection, à la fluctuation facilement perçue, quel que soit le point examiné; à l'absence du frémissement hydatique. Enfin, à l'encontre des kystes à hydatides multiples, la ponction vide complètement et fait disparaître en totalité la tuméfaction préexistante, si la poche est simple et uniloculaire.

Huit cas ont été traités de cette façon; huit fois a été obtenu un succès durable, définitif; deux fois le liquide s'est reproduit, soit par erreur dans le mode opératoire, soit par échec de la méthode elle-même.

M. Bouilly a d'abord employé le procédé de Baccelli, consistant à retirer un gramme de liquide kystique et à le remplacer par un gramme de solution au sublimé au 1/1000. Il a obtenu une guérison complète en quelques mois. Mais il a cherché à perfectionner cette méthode, qui offre certains désavantages; le kyste a été vidé par aspiration, et séance tenante, la liqueur de Van Swieten a été injectée en quantité qui a varié de 20 à 380 grammes suivant le volume du kyste; cette liqueur est extraite par une seconde aspiration. Mais comme elle ne l'était jamais complètement, M. Bouilly, s'est enfin arrêté au procédé suivant : ponction du kyste jusqu'à siccité, puis injection de 5 à 10 grammes que l'on aban-

donne dans la poche. Il en a obtenu des résultats remarquables, sans aucun accident intercurrent.

Intestins.

M. Richelot (Paris) est venu donner les résultats éloignés de 138 cas de hernie qu'il a opérées par la cure radicale. Sur ce nombre élevé de cures, il n'a eu que deux décès ; c'est donc une opération bénigne en soi, et réellement efficace dans ses suites. De 1888 à 1891, M. Richelot a opéré 44 hernies, avec 34 cures radicales définitives, 8 cures utiles, et deux échecs, mais non des échecs absolus ; au lieu de grosses hernies, les malades n'ont plus eu qu'une pointe de hernie, facile à maintenir sous un bandage.

M. Richelot fait remarquer qu'au cours de l'opération, il n'incise jamais l'aponévrose du grand oblique une fois le sac disséqué, réséqué, il met le doigt dans le canal et le traverse avec de gros fils de catgut qui enserrent le trajet perpendiculairement à son axe et le rétrécissent de haut en bas de manière à laisser juste la place des éléments du cordon. Ces fils tiennent assez longtemps, avant de se résorber, pour aider à la constitution d'une forte colonne cicatricielle.

La laparotomie, devenue de par les nouvelles méthodes antiseptiques, une opération de relativement peu de danger, a été largement mise en pratique dans les cas de hernie étranglée, de péritonite par perforation, de rétrécissements fibreux de l'intestin, d'appendicite, etc., etc. M. Boiffin (Nantes) est intervenu par laparotomie dans 7 cas d'occlusion intestinale avec accidents soit aigus, soit chroniques ; succès dans 4 cas, insuccès dans les trois autres où il existait soit un cancer intestinal, soit une péritonite généralisée. Laparotomie pour un cas d'occlusion par rétrécissement fibreux, résection de 15 centimètres d'intestin, guérison, dans un cas de M. Dezanneau (Angers). Laparotomie pour une hernie paraombilicale étranglée, d'origine traumatique et guérison, par M. Manny (Saintes). M. Jeannel (Toulouse) a rapporté 3 cas de colopexie soit simple, soit accompagnée d'un anus contre nature, qui ont parfaitement guéri. M. Jacobs (Bruxelles), à la suite de la rupture d'un kyste para-ovarien, dont le contenu hémato-purulent s'était épanché dans l'abdomen et avait donné lieu à une péritonite aiguë, a pratiqué une laparotomie avec lavage complet de la cavité péritonéale. Malgré l'issue fatale, M. Jacobs pense que l'évolution de cette péritonite paraît plaider en faveur de l'intervention précoce dans les cas où l'on note les symptômes de péritonite.

L'appendicite et son traitement ont donné lieu, récemment, à une discussion approfondie devant la Société de chirurgie peut-être, pour cette raison, cette question n'a-t-elle pas été développée au Congrès actuel. M. Roux (Lausanne) en a seul parlé ; il est venu apporter son expérience sur plus de 90 cas personnels dont 68 opérations ; et cette expérience lui a permis de se rendre compte que l'on est dans l'incertitude, tant au point de vue du diagnostic de la nature des accidents que des indications opératoires. Un grand nombre de pérityphlites, en effet, guérissent sans intervention chirurgicale, et, d'autre part, une grande partie des laparotomies entreprises dans ces cas, ont montré que les péritonites trouvées étaient des phénomènes réactionnels pouvant évoluer spontanément, et non point le résultat de la perforation d'emblée ou secondaire dans le péritoine.

M. Roux insiste, dans le cas de perforation dans le péritoine sur un symptôme qui a été signalé dernièrement par M. Talamon : il s'agit de la rétraction de la paroi abdominale, par contraction des muscles de la région, rétraction qui contraste singulièrement avec le météorisme des autres formes de la péritonite d'origine appendiculaire. De plus, la douleur est relativement minime, dans certains cas de perforation d'emblée, et il manque souvent, au moins dans les premières heures, le vrai facies péritonéal.

Le diagnostic est à faire, au point de vue opératoire, de ces péritonites sans grande réaction locale, et des pérityphlites à exsudat palpable ; il faut intervenir alors et faire une incision hâtive. Mais, quand le médecin ne sent aucun foyer, mieux vaut s'abstenir, à moins qu'il ne s'agisse de la pratique hospitalière où l'on a toutes les facilités pour opérer. Dans les conditions ordinaires où l'on rencontre le plus souvent la pérityphlite avec symptômes accentués de péritonite, c'est-à-dire, au domicile du malade, l'abstention est en tout cas justifiée lorsqu'on ne sent pas d'exsudat circonscrit, parce que la laparotomie est inutile dans la péritonite réactionnelle et ses résultats fort peu encourageants dans la péritonite perforatrice.

(*A suivre.*)

R. F. M.

BULLETIN

Association générale des médecins de France : Trente-troisième Assemblée générale annuelle ; deuxième journée, 25 avril.
Académie des sciences : Applications de la photographie à l'étude des mouvements des corps microscopiques. — Études de physiologie pathologique basées sur l'action paralysante de la cocaïne.
Académie de médecine : Un cas de cécité à marche rapide guérie par le lactate de zinc. — Anatomie pathologique de la folie. — Suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie.
Congrès d'ophthalmologie : Session de 1892.

Le second jour des grandes assises de la profession médicale, a débuté par la discussion du rapport présenté par M. de Ranse au nom de la Commission des pensions viagères d'assistance. Comme je l'ai dit, le tableau des misères de nos malheureux candidats à ces secours était navrant, et tous les 16 ont obtenu les pensions qu'on sollicitait pour eux.

On a passé ensuite à la grande question de la *Caisse indemnité-maladie*. On a parlé plusieurs fois, dans la *Gazette*, de cette affaire qui intéresse à un si haut degré la profession ; mais, à vrai dire, ce qui domine dans la solution si ardemment désirée du problème, c'est d'abord que l'on cherche à constituer pour le sociétaire un *droit* à l'indemnité quotidienne en cas de maladie, ensuite que pour l'acquisition de ce droit, il faut que de sérieuses ressources soient créées.

Or, le rapport de M. Bucquoy, qui se rend bien compte de cette double difficulté, abandonne l'idée du droit pour diminuer la dépense à laquelle on essaierait de pourvoir en laissant chômer quelque temps la caisse des pensions, qui, depuis 1884, fonctionnait si bien. Voici le projet de M. Bucquoy.

Article premier. — Il est créé au sein de l'Association générale des médecins de France, une Caisse centrale d'*Indemnité-Maladie*.

Art. 2. — La dotation de la Caisse centrale est formée :

1° Par une première mise de fonds de 20.000 francs versés par la Caisse générale de l'Association ;

2° Par un don de 4.000 francs de la Société centrale.

D'autre part, cette Caisse est alimentée :

1° Par un versement annuel de 8.000 francs provenant de la Caisse générale de l'Association ;

2° Par une contribution annuelle des Sociétés locales, fixée au chiffre de 4 francs par sociétaire ;

3° Par les dons et legs particuliers à l'Association pour la Caisse de l'*Indemnité-Maladie ;*

4° Enfin, par les intérêts de tous les capitaux accumulés et affectés à cette Caisse.

ART. 3. — Tout membre de l'Association générale a droit à l'indemnité en cas de maladie, dans les conditions qui seront fixées par un règlement spécial. Il sera tenu d'en faire la demande à sa Société locale.

ART. 4. — Chaque Société locale contribuera pour un tiers aux allocations accordées aux sociétaires malades ; la Caisse centrale fournira les deux autres tiers.

ART. 5. — En cas de liquidation de ladite Caisse, les fonds restants feront retour à la Caisse générale de l'Association.

ART. 6. — Un règlement particulier, élaboré par les soins du Conseil général, et destiné à établir le mode de fonctionnement de la Caisse *Indemnité-Maladie*, sera présenté à l'approbation de la prochaine Assemblée générale de l'Association.

M. Lande (Gironde) trouve deux défauts au projet de la commission. L'immobilisation d'un capital de 17.000 fr. par chaque pension viagère empêche beaucoup de bien. La Société des pharmaciens de la Gironde, qui demande 15 fr. par an à ses membres et sert une pension de 500 fr., prend 150 fr. seulement sur le capital immobilisé, et 350 fr. sur la réserve.

La seconde critique, c'est l'insuffisance du capital destiné par le projet à l'indemnité maladie. Qu'est-ce que 30.000 fr. quand on songe que, dès demain, les malheureux frapperont à la caisse? On sera débordé.

La troisième objection, c'est que le projet ne crée pas un *droit* à l'indemnité.

Il paraît, dit M. Lande, que la loi exige un tarif uniforme pour tous les membres ; mais parmi les sociétés mutuelles de son département dont il a dépouillé le volumineux dossier, il cite la Société des familles composée de cent membres, et dans laquelle, moyennant un supplément facultatif de 10 c. par mois, un sociétaire qui a été malade va passer sa convalescence dans une maison de campagne que possède la Société.

Dans les sociétés fraternelles des chemins de fer français, les membres versent 10 fr. par mois pour la retraite et de 10 à 50 c. par mois pour le secours en cas de maladie ; ces secours sont calculés sur la totalité des sommes versées pendant les 12 mois qui ont précédé la maladie.

M. Lande conclut de ces exemples et de beaucoup d'autres que l'uniformité de la cotisation n'est pas nécessaire, et il voudrait qu'on appliquât ces principes ou plutôt ces violations prétendues de la loi à nos sociétés locales. Il croit, du reste, qu'on pourra profiter de la reconnaissance d'utilité publique, de la promulgation des lois nouvelles sur l'exercice de la médecine et sur les associations pour obtenir une modification aux statuts.

A M. Lande a succédé M. Pamard (Vaucluse), qui avait mandat de repousser le projet Bucquoy. Il est étonné de la production d'un tel projet, la majorité des sociétés s'étant prononcées contre l'indemnité maladie et jamais une société n'ayant refusé un secours à un de ses membres malade.

Le délégué de la Société de la Meuse, tout en reconnaissant l'imperfection du projet, dit qu'il le votera ; il a foi dans la générosité des sociétaires pour assurer le fonctionnement de la caisse nouvelle.

MM. Fleury (Oise) et Sainton (Aube) croient qu'il faut renvoyer devant les Sociétés locales, car on ne les a pas consultées, le projet Bucquoy, arrivé trop tard à la connaissance des présidents.

M. Lassalle (Gironde) s'applique, dans un discours chaleureux, à démontrer l'insuffisance du projet qui ne crée pas un droit à l'indemnité. On secourt ainsi ceux qui demandent, mais non ceux qui sont dans une gêne réelle. On néglige donc ce qu'il appelle le tiers-état médical si digne d'intérêt.

M. Lassalle croit que l'on peut passer outre à la législation actuelle; d'ailleurs, il cite cette opinion d'un homme expert en science juridique, qu'aucun texte de loi n'oblige tous les membres d'une société à payer une cotisation uniforme. M. Léon Say lui-même considère les sociétés de secours mutuels, non comme des associations, mais comme des sociétés commerciales en général et d'assurance en particulier, c'est-à-dire des sociétés à cotisations variables.

Pour M. Surmay (de Ham), les espérances conçues sur le fonctionnement de la caisse-assurance-maladie ne sont pas encore réalisables ; mais en attendant il faut vivre, « cultiver notre jardin », comme a dit Pangloss, et c'est ce à quoi s'est attaché le conseil général. Or, comme ce conseil ne peut pas nous donner l'annexion de la Caisse maladie à l'Association, comme, d'un autre côté, les sociétés locales arrivent à secourir tous leurs malades, il vaut mieux rester dans le *statu quo*. On y gagne au moins de ne pas tarir la Caisse des pensions et de ne pas renoncer à l'élévation de celles-ci à 1.200 fr.

M. Bucquoy explique ensuite, au nom du Conseil général, que son projet est plutôt une preuve de bonne volonté qu'une œuvre reconnue parfaite ; il croit qu'il faut la renvoyer à l'examen des Sociétés et redoute que, sans l'approbation de toutes, il puisse être mis à exécution.

M. Déligand, l'un des membres du Conseil judiciaire, dit que la loi prescrit formellement l'uniformité de la cotisation. Les Sociétés qui ne s'y soumettent pas jouissent d'une faveur individuelle, et ce sont des Sociétés à nombre restreint de membres, à part la Société des employés de chemins de fer qui compte 65.000 membres; mais notre Association, qui est surtout une fédération, est par ce fait absolument en dehors de la loi.

Et puis la loi *projetée* sur les associations prescrit un livret individuel pour chaque sociétaire, ce qui prouve bien que la loi *actuelle* ne le permet pas. Il faut donc se borner à accepter l'indemnité maladie, au lieu de l'assurance maladie.

Après une réplique de M. Surmay, et une proposition de M. Borie, du Lot-et-Garonne, demandant que la cotisation pour tous les sociétaires soit élevée à 20 fr., M. Hameau soutient cette dernière opinion. Sans doute, dit-il, l'élévation de la cotisation a été repoussée, mais c'était à une époque où l'on ne proposait rien en compensation.

Une longue discussion s'engage ensuite sur le point de savoir si l'opposition d'une ou plusieurs Sociétés empêchera l'adoption de cette élévation et en définitive ce projet d'élévation est renvoyé aux Sociétés.

La réunion passe ensuite à la discussion des vœux des Sociétés locales. La Société de Soissons ne voudrait pas que le médecin fût obligé à la déclaration des maladies contagieuses qu'elle juge dangereuse pour l'exercice de la profession.

Le rapporteur, M. Horteloup, demande que le vœu soit pris en considération, mais M. Delvaille (Basses-Pyrénées) fait remarquer la haute utilité de la déclaration au point de vue de la santé publique, et la réunion repousse la prise en considération.

La réunion prend en considération un vœu de la Société des Landes qui se rapproche de celui de l'Association des anciens internes. Il s'agit de faire modifier la loi militaire qui force les étudiants en médecine à faire leur service sans sursis dès l'âge de 20 ans, à rester uniquement soldats pendant leur année de présence tandis que, dès leur réception au doctorat, la loi ordonne qu'ils soient versés en cas de mobilisation dans le service de santé, à avoir terminé leurs études avant l'accomplissement de leur vingt-sixième année, à moins qu'ils ne soient, à cette époque, internes des hôpitaux.

Le vœu de la même Société en faveur d'un enseignement médical spécial dans les hôpitaux de Paris est également pris en considération.

On sait que le zélé corps médical de Paris va réaliser spontanément ce vœu.

La Société des Hautes-Pyrénées demande que le Conseil général intervienne auprès des pouvoirs publics afin que les médecins qui ne pratiquent qu'aux eaux thermales pendant l'été cessent d'être assujettis à une seconde patente dans la localité où ils résident l'hiver sans y exercer leur profession.

M. Philbert (Savoie) donne aux médecins des eaux le conseil de se faire porter sur la liste électorale de la station et surtout de ne pas exercer à Paris. Il cite l'exemple d'un membre de l'Institut qui ne se livre qu'à des travaux scientifiques, et qu'on a appelé un jour pour porter secours à un blessé ; il a été imposé « pour avoir exercé ! »

La même Société demande que l'impôt de la patente ne porte que sur la partie de l'appartement dont l'étendue ne dépend pas seulement des nécessités de la profession, mais du nombre des membres qui composent la famille.

Le vœu n'est pas pris en considération, bien que M. Philbert l'appuie d'un vœu semblable adopté par le Conseil général des Sociétés médicales des arrondissements de la Seine.

A propos d'une demande de la Société de Toulouse tendant à hâter la reconnaissance d'utilité publique de l'Association, M. le Président et, après lui M. Morillot, conseil judiciaire, montrent à quels inconvénients expose cette non reconnaissance ; c'est ainsi que le Conseil d'État se refuse à autoriser désormais la délivrance de legs faits à l'association. Ils expliquent dans quelles conditions il faudrait modifier les statuts pour rentrer dans la légalité.

L'Assemblée prend une délibération spéciale donnant pleins pouvoirs au Conseil général pour toutes démarches et modifications statutaires nécessaires à la reconnaissance d'utilité publique.

Quelques mots de M. le Président Lannelongue terminent cette longue et fructueuse séance, et l'Assemblée se sépare sauf à se retrouver le soir dans l'élégant hôtel de la rue François Ier dont M. et Mme Lannelongue font les honneurs avec une grâce charmante.

Dr C. Delvaille.

Dans les sciences expérimentales toute méthode nouvelle de recherches est féconde en résultats et ses applications s'étendent souvent au-delà de ce qu'on avait pu d'abord concevoir. En appliquant la photographie à la décomposition et à l'étude des mouvements chez les animaux, M. Marey a déjà enrichi la physiologie d'acquisitions du plus haut intérêt. Aujourd'hui que le nombre des infiniment petits joue un rôle si important, l'idée lui est venue de transporter dans ce monde sa méthode de recherches, et il a présenté lundi dernier à l'Académie des sciences, des clichés photographiques qui permettent de se rendre compte du mouvement et des modifications des globules sanguins dans les vaisseaux, et des zoospores dans les cellules végétales. Les applications de cet ordre vont évidemment se multiplier, et elles fourniront sans aucun doute des éléments précieux, soit pour le contrôle des notions acquises, soit pour la découverte de faits nouveaux.

— M. François-Franck, suppléant de M. Marey au Collège de France, vient aussi de communiquer à l'Académie des sciences les premiers résultats d'une nouvelle méthode d'analyse applicable à la physiologie normale et pathologique du système nerveux. La méthode est basée sur ce fait que la cocaïnisation d'un nerf sensitif ou moteur équivaut à la section de ce nerf. Mais elle a, sur celle-ci, l'avantage que le nerf sur lequel on a agi reprend en peu de temps et intégralement ses fonctions, ce qui permet de renouveler et, par suite, de contrôler l'expérience sur le même sujet.

Les premières recherches de M. Franck ont porté sur les troubles nerveux d'origine cardiaque et sur les effets de la cocaïnisation du cœur, effets qui, par parenthèse, contrebalancent à un haut degré l'action de la digitaline et de la strophantine. Notre savant confrère se propose de publier prochainement le résultat de ses nouvelles expériences, tant au point de vue clinique qu'au point de vue physiologique. Nous ne manquerons pas de présenter à nos lecteurs cet intéressant travail.

— L'Académie des sciences a désigné à l'unanimité M. le Dr Hamy pour occuper au Muséum la chaire d'anthropologie laissée vacante par la mort de M. de Quatrefages. Cette désignation était d'avance prévue ; nous n'en félicitons pas moins de ce haut témoignage d'estime notre ancien collaborateur et ami.

— A l'Académie de médecine, après deux communications, l'une de M. Boé, sur la guérison d'un cas de cécité hystérique par le lactate de zinc à la dose de 0 gr. 24 par jour, l'autre de M. Auguste Voisin sur l'anatomie pathologique d'un certain nombre de cas d'aliénation mentale, avec délire partiel, dans lesquels les lésions siégeaient plus spécialement dans les deux premières circonvolutions frontales et dans le tiers interne des frontales et pariétales ascendantes, on a repris la discussion sur le traitement de la pleurésie. Trois orateurs ont successivement occupé la tribune.

M. Dujardin-Beaumetz, répondant à M. Peter, a d'abord attaqué la statistique produite par ce dernier. C'était là, il faut bien le reconnaître, le point faible de l'argumentation de M. Peter. Les chiffres tirés des cliniques de Trousseau, d'Andral et de Bouillaud sont, en effet, difficilement comparables à ceux de la clinique hospitalière de Necker pendant les trois dernières années. Et, à ce sujet, M. Dujardin-Beaumetz est en droit de dire à son collègue : « Vous combattez notre pratique, faites-nous connaître la vôtre et les résultats qu'elle vous donne ; à des faits, opposez des faits ». Nous ne doutons pas que M. Peter n'accepte le débat sur ce terrain.

Suivant M. Dujardin-Beaumetz, nous faisons mieux que

nos devanciers le diagnostic de la pleurésie, nous en connaissons mieux l'évolution, nous la traitons mieux et, dans le traitement de cette maladie, l'introduction de la thoracentèse a constitué un immense progrès. On peut souscrire volontiers à toutes ces propositions. Mais il y a une réserve à faire quand M. Dujardin-Beaumetz, pour condamner la méthode antiphlogistique, s'appuie sur ce fait qu'elle est abandonnée par l'immense majorité des médecins des hôpitaux de Paris. Le fait n'est pas douteux, mais il tient surtout à ce que les individus atteints de pleurésie viennent frapper à la porte des hôpitaux à une période de la maladie dans laquelle la méthode ne trouve plus son application. En effet, des trois phases admises par M. Peter, phase hyperémique, phase exsudative, phase sécrétoire, c'est la première surtout qui réclame la méthode antiphlogistique (et sous cette dénomination nous comprenons plutôt la saignée locale que la saignée générale); or les malades envisagés par M. Dujardin-Beaumetz, les clients habituels des hôpitaux, ont déjà un épanchement quand ils s'offrent à l'observation; ils sont arrivés à la troisième phase, à la phase sécrétoire. A ce moment, nous ne pensons pas que M. Peter prescrive les moyens antiphlogistiques, et nous savons qu'il est loin d'être l'adversaire de la thoracentèse. La divergence qui divise nos deux collègues est moins profonde qu'elle n'en a l'air. Elle tient surtout à ce qu'ils n'ont pas en vue la même phase de la maladie.

M. Dieulafoy, qui aime avec raison les argumentations serrées, circonscrit nettement le point du débat qu'il veut examiner. Il laisse donc de côté les divers traitements de la pleurésie et ne s'occupe que du cas où la thoracentèse est urgente. Il réfute l'opinion de M. Sée d'après laquelle la pleurésie serait une maladie cyclique et l'indication de la thoracentèse devrait suivre les oscillations et la terminaison du cycle pleural; il condamne la pratique suivant laquelle on vide en une séance l'épanchement de la plèvre, et conclut, comme précédemment, en disant :

« 1° L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché ;

« 2° La thoracentèse est absolument inoffensive et exempte de tout accident, quand on a soin de ne pas retirer plus d'un litre de liquide en une séance;

« 3° La thoracentèse pratiquée avec les procédés antiseptiques connus ne transforme jamais une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente. »

Chemin faisant, M. Dieulafoy, tout en acceptant la proposition de M. Landouzy, d'après laquelle la pleurésie dite *à frigore* est fréquemment de nature tuberculeuse, émet deux autres propositions consolantes pour les pleurétiques, et qu'il appuie par des faits : c'est d'abord, que la loi de Laudouzy rencontre des exceptions et qu'un certain nombre de pleurésies sont et demeurent étrangères à toute infection tuberculeuse; en second lieu que la pleurésie même tuberculeuse est susceptible de guérison et ainsi ne constitue pas toujours une affection fatale pour l'individu ou pour sa descendance.

M. Lancereaux a encore mieux accentué la division entre la pleurésie séreuse uni-latérale, la pleurésie *a frigore*, qu'il nomme *fièvre pleurétique*, et les pleurésies purulentes. Pour lui cette pleurésie évolue à la façon des pyrexies, de la fièvre typhoïde, par exemple. Elle a une phase d'invasion qui dure environ une huitaine de jours, caractérisée par la fièvre, le point de côté, des phénomènes généraux de courbature, de la céphalée, etc., et une phase ou période d'état, pendant laquelle l'épanchement est définitif, sans augmenter ni diminuer. Cette période dure plusieurs semaines (de 4 à 8), puis en vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'épanchement est résorbé. La fièvre pleurétique ne suppure jamais, à moins d'intervention avec un instrument malpropre, et ne se transforme pas davantage en pleurésie tuberculeuse. Si on voit parfois la tuberculose lui succéder, elle a agi comme cause occasionnelle, à l'instar des autres pyrexies, sur un terrain prédisposé. Elle tue exceptionnellement, la guérison est la règle. Quand la mort survient, elle est le plus souvent la conséquence du déplacement du cœur.

L'évolution de la maladie trouve sa raison d'être dans la lésion anatomique. La plèvre est un grand sac lymphatique limité par des espaces lymphatiques auxquels viennent aboutir des vaisseaux du même nom. Sous l'influence d'un agent ou d'une cause encore inconnue, espaces et vaisseaux lymphatiques sont irrités, s'injectent, se dilatent, et en vertu de la tension ou de la pression dont ils sont le siège, la sérosité lymphatique est déversée dans le sac lymphatique pleural. Ce travail, qui s'accomplit en une huitaine de jours, est arrêté par la coagulation du contenu des vaisseaux et des espaces lymphatiques. A partir de ce moment l'épanchement ne peut ni augmenter ni diminuer par suite de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, il reste stationnaire et, à cette période, les diurétiques, les vésicatoires n'ont aucune influence sur lui. Si l'on fait une ponction, le niveau du liquide non évacué ne change pas. Mais, après un mois ou six semaines, survient la troisième période, les thrombus obstruant les vaisseaux subissent la transformation granulo-graisseuse et l'épanchement est rapidement résorbé.

Le refroidissement n'est que la cause occasionnelle de la fièvre pleurétique; la cause efficiente ou immédiate nous échappe encore. Le traitement est dès lors purement symptomatique et varie suivant les périodes. Aucun moyen ne paraît propre à juguler la maladie. Contre la douleur, ventouses scarifiées, morphine; à la période d'état, combattre la fièvre et prévenir la syncope, seul accident à redouter, par le repos au lit. Lorsque l'épanchement est assez abondant pour produire de la dyspnée, ou déplacer les organes, on bien, s'il tarde à se résorber, thoracentèse.

M. Lancereaux a dit, au commencement de sa communication, et nous répéterons après lui que le désaccord entre ceux de nos collègues qui ont jusqu'à présent pris part au débat, tient surtout à ce qu'ils ne se sont pas placés dans des conditions identiques.

Il n'y a pas, en effet, une pleurésie, mais des pleurésies, et chacune de ces pleurésies présente différentes phases, auxquelles correspondent des indications également différentes. Il s'agit donc tout d'abord de s'entendre sur la variété de pleurésie et sur la période qu'on veut plus particulièrement envisager. A ce point de vue l'argumentation de M. Peter a porté sur la première phase de la pleurésie, dite essentielle ou *à frigore*, fièvre pleurétique de M. Lancereaux. Sauf ce dernier, qui ne croit pas qu'on puisse, au début de la maladie, juguler le travail phlegmasique, mais qui cependant ne reste pas inactif, car il combat la fièvre et le point de côté, les orateurs n'ont pas encore pris parti entre l'expectation préconisée par M. Sée, et la méthode des anciens maîtres rappelée et défendue par M. Peter. Il importe de poser nettement et de

circonscrire les questions, autrement les discussions s'égarent et demeurent fatalement stériles.

— La Société française d'ophthalmologie a ouvert lundi dernier la session de 1892, sous la présidence de M. Panas, qui, après avoir souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, a cédé le fauteuil à M. le Dr Maklokoff, de Moscou.

Deux questions avaient été mises à l'ordre du jour : la première, *sur le traitement de la cataracte congénitale*, a eu pour rapporteur M. Dor (de Lyon); la seconde, *sur les ophthalmoplégies*, a eu pour rapporteur M. Armaignac (de Bordeaux).

La REVUE GÉNÉRALE publiera une analyse des principales communications du Congrès.

Dr F. DE RANSE.

CORRESPONDANCE

Paris, le 30 avril 1892.

Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette médicale*,

C'est pour un fait personnel que j'ai recours à l'hospitalité de votre journal; mais ce fait relève de la déontologie médicale et comme tel il pourra intéresser quelques-uns de vos lecteurs.

Voici le cas : on peut lire, à la première page d'un premier volume d'une *Petite encyclopédie médicale* éditée par la Société d'éditions scientifiques (dont le seul directeur connu et partant responsable est M. le Dr H. Labonne), une annonce ainsi conçue : « La Société d'éditions scientifiques a pour principe de partager par moitié, « entre les auteurs et elle, tout bénéfice résultant de la vente des ouvrages ». L'avis ajoute qu'en 1891, ce système d'association a fonctionné et il cite, entre autres auteurs, une liste dont le quatorzième nom est : LETULLE, *Guide pratique des sciences médicales*.

A la fin du même volume se trouvent encartés un extrait du catalogue des ouvrages de la maison Labonne, le même avis que celui de la première page, et enfin une table par ordre alphabétique des auteurs qui participent aux dits bénéfices. Or, à la lettre L, page 6, deuxième colonne, on lit encore LETULLE, etc., etc., et l'on m'apprend même que j'ai sous presse un supplément de *mon* ouvrage!

Je suis donc, aux yeux de tout lecteur bénévole, l'auteur et, qui plus est, *l'unique auteur* du « Guide des sciences médicales », puisqu'aucun des noms des auteurs figurant cependant sur la première page de cet ouvrage n'est reproduit dans la table alphabétique du catalogue que je viens de citer.

Or, j'oppose à ces annonces et avis émanant de la rédaction par trop... audacieuse de M. H. Labonne, les démentis les plus formels.

1° *Il est faux* que je sois l'auteur du « Guide des sciences médicales ». Je me suis contenté d'en présenter les jeunes auteurs, mes amis pour la plupart, au public médical;

2° *Il est également faux* que je participe d'une manière quelconque aux bénéfices de l'affaire;

3° Il est *faux* enfin que j'aie jamais consenti à recevoir, par quelque procédé que ce soit, de M. H. Labonne en particulier et de la Société d'éditions scientifiques (inconnue de moi) en général, une somme d'argent ou une rémunération quelconque.

M. Labonne possède d'ailleurs en double un traité consenti, signé par lui et par les collaborateurs du « Guide » dans lequel il est dit (p. I, lignes 16 et 17) que c'est « sous la direction exclusivement scientifique et non rétribuée du Dr Letulle » que l'ouvrage en question sera édité par la maison Labonne.

En quels termes peut-on dès lors apprécier de pareils procédés ? Est-ce vraiment faire en faveur de sa maison de commerce une manœuvre bien habile que d'abuser ainsi d'un nom ?

Aussi longtemps que M. Labonne s'est contenté de lancer un peu partout *et toujours à mon insu* des demandes d'annonces payantes avec mon nom en tête de ses feuilles et le fameux « Guide » en exergue, je ne pouvais rien faire que le poursuivre de mes protestations platoniques, la question *annonces* ne figurant pas dans le traité qui lie mes jeunes collaborateurs à la maison Labonne.

Aujourd'hui, M. Labonne récidive, malgré sa parole d'honneur et malgré ses promesses *écrites* de cesser toute réclame sur mon nom. J'ai le droit de protester publiquement et je prétends user de ce droit.

Je vous prie donc d'insérer cette lettre dans la *Gazette médicale*, et d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr MAURICE LETULLE,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

NOTES ET INFORMATIONS

Le Congrès de l'éducation physique. — Nous n'avons pu que signaler, dans notre dernier numéro, la réunion de ce Congrès, qui a eu lieu le 24 avril à la Sorbonne, sous la présidence de M. le sénateur Ranc, assisté du vice-recteur de l'Académie de Paris et de nombreux délégués et représentants du Conseil général, du Conseil municipal, des lycées, écoles et société ayant adhéré au congrès. Les séances des sections ont eu lieu les jours suivants au lycée Louis-le-Grand. Ces sections, suivant leur sujet d'étude, se subdivisent ainsi : 1° Hygiène scolaire; 2° division du temps scolaire; 3° gymnastique scolaire; 4° jeux en plein air et exercices à pied; 5° boxe, escrime et lutte; 6° vélocipédie; 7° tir. Chaque section devait résumer, sous forme de conclusions ou de vœux, les questions à soumettre aux délibérations générales du Congrès.

Parmi ces vœux, qui ont fait l'objet de discussions plus ou moins vives ou prolongées, nous mentionnerons les suivants, qui ont été votés par le Congrès :

Vœu formulé par la section de la division du temps scolaire « qui pense qu'on peut arriver à donner aux exercices du corps le temps qui leur est nécessaire en reportant à la matinée une partie des classes de l'après-midi. Dans les écoles primaires, la section demande la suppression d'une classe du soir au profit des exercices du corps ».

Au sujet de la gymnastique scolaire, et après une ardente discussion, vœu « que chaque établissement d'enseignement secondaire ou primaire puisse disposer d'un terrain aménagé partie en pelouse et partie en esplanade, où les élèves soient tenus d'aller périodiquement se livrer en plein air à des jeux libres et à des exercices méthodiques ».

Vœux relatifs à l'introduction du tir dans tous les établissements d'instruction; de la boxe française et de la lutte dans les exercices réglementaires des lycés et collèges, concurremment avec l'escrime; à l'enseignement de la natation rendu obligatoire; aux exercices vélocipédiques pour les élèves

âgés de plus de 13 ans ; à l'adoption d'un costume spécial en maillot de laine pour tous les exercices du corps.

Le Congrès a émis en outre deux autres vœux : d'abord qu'une note d'état physique soit réservée dans tous les examens et concours de fin d'études à la vigueur du candidat, à son adresse, à son amplitude thoracique, à ce qui est chez l'individu d'ordre perfectible par la culture du corps ; en second lieu, qu'il soit créé un enseignement supérieur de l'éducation physique.

Avant de se séparer, le congrès a décidé qu'il tiendra sa prochaine réunion à Bordeaux, en 1893, le mercredi après Pâques.

— **Le Congrès national d'hygiène ouvrière.** — La Commission organisatrice de ce Congrès a décidé qu'il comprendrait : 1° des conférences préparatoires données par des hygiénistes connus et ayant pour but d'éclairer les congressistes sur la côtés techniques des questions qu'ils auront à discuter ; 2° des visites dans différentes institutions ou services sanitaires de Paris ; 3° des séances consacrées aux communications et aux discussions.

Les conférences préparatoires ont commencé le 9 avril dernier et ont eu lieu chaque semaine au local de l'Union du commerce et de l'industrie, 10, rue de Lancry. Les hygiénistes qui ont accepté la mission de porter la bonne parole devant les congressistes sont : MM. Dujardin-Beaumetz, Armand Gautier, Budin, du Mesnil, Napias et A.-G. Martin. Les deux premiers ont traité de l'alimentation ; M. Budin de l'allaitement et de l'hygiène du nouveau-né. Les trois autres conférenciers ont traité, ou traiteront, si nous ne nous trompons, des logements et de la prophylaxie des maladies transmissibles. On ne saurait croire l'empressement des ouvriers à assister à ces conférences, l'attention qu'ils prêtent aux développements qui leur sont présentés, l'intelligence avec laquelle ils discernent plus particulièrement tel fait ou telle donnée, la reconnaissance qu'ils témoignent aux savants conférenciers à qui ils font de véritables ovations, d'ailleurs justement méritées. Nous disions un peu plus haut que ceux-ci leur portaient la bonne parole ; les ouvriers en ont parfaitement conscience et en estiment toute la valeur. Quelle influence heureuse n'exercerait-on pas sur eux si, au lieu des vagues déclamations de la politique, on leur faisant entendre les sages enseignements de la science appliquée, de l'économie pratique ! Les conférences dont nous parlons en sont une éclatante démonstration.

Comité consultatif d'hygiène publique. — M. Proust donne quelques renseignements sur l'épidémie de diarrhée cholériforme qui a sévi récemment à Nanterre, à Neuilly, à Puteaux et à Levallois-Perret. L'épidémie a cessé depuis le 20 avril. Le nombre total des cas a été de 51, celui des décès de 40.

Onze autre cas ont été, en outre, signalés à la préfecture de police.

Suivant M. Proust, la maladie s'est déclarée chez les hospitalisés de Nanterre, qui se trouvent dans de fâcheuses conditions d'hygiène ; l'eau potable est mauvaise, et l'alimentation insuffisante. Ils ne reçoivent que 125 grammes de viande, trois fois par semaine. De plus, la maison est encombrée : aménagée pour 2.000 personnes, elle en contient 4.000.

M. Proust ajoute que l'affection était simplement le choléra nostras ; quant au choléra asiatique, il n'y en a pas eu France depuis sept ans.

Les mêmes renseignements avaient été fournis au Conseil d'hygiène publique du département de la Seine, lors de sa dernière réunion, par M. Dujardin-Beaumetz.

NOUVELLES

École d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Un concours s'ouvrira le 19 décembre prochain, à 8 h. du matin, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe, civils, aux emplois de médecin et pharmacien stagiaires. Le *Journal officiel* du 1er mai contient le programme de ce concours.

— Par décret en date du 15 avril 1792, les médailles d'honneur attribuées pour actes de courage et de dévouement à l'occasion des épidémies intéressant l'armée seront dorénavant décernées par le ministre de la guerre, au lieu de l'être par les ministres du commerce et de l'intérieur.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le Dr Jules Simon reprendra ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 18 mai à 9 h. et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Il s'occupera plus particulièrement de l'emploi des eaux minérales chez les enfants.

Le samedi à 9 heures, consultation clinique.

Don. — Mme Roger a fait don à l'hôpital des Enfants-Malades, en souvenir de son mari, le regretté docteur Henri Roger, de 400 volumes, la plupart sur les maladies des enfants. Elle a fait un don de même importance à l'Académie de médecine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De l'arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy, par le Dr H. de Bosia, ancien interne des hôpitaux de Paris, Mâcon. — Protat frères, imprimeurs 1891.

Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Manuel d'ophthalmologie par le Dr E. Fuchs, professeur ordinaire d'ophthalmologie à l'Université de Vienne. — Traduit sur la 2e édition allemande par le Dr C. Lacompte (de Gand) et le Dr L. Leplat, ancien assistant du professeur Fuchs à l'Université de Liège.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 24 AU 30 AVRIL 1892

Fièvre typhoïde, 3. — Variole, — Rougeole, 30 — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 26. — Grippe, 3. — Phtisie pulmonaire, 240. — Autres tuberculoses, 47. — Tumeurs cancéreuses et autres, 43. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 64. — Bronchite aiguë et chronique, 60. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 99. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 63. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 40. — Autres causes de mort, 174. — Causes inconnues, 7. — Total 1066.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e Année. 8e Série. Tome I | N° 20 | 14 mai 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE

INFLUENCE DE LA SÉCRÉTION TESTICULAIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT ORGANIQUE. — INDÉPENDANCE DE CETTE FONCTION ET DE LA SPERMATOGÉNÈSE DANS CERTAINS CAS. (1)

Par G. Variot et Paul Bezançon.

L'évolution, l'accroissement des glandes testiculaires a une influence connue de temps immémorial sur le développement de l'appareil locomoteur, du larynx, du système pileux et sur la nutrition en général. Cette action générale exercée par le testicule sur l'organisme ne peut être attribuée qu'à une sécrétion spéciale de la glande qui est vraisemblablement résorbée par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Dans ces dernières années on a beaucoup étudié les fonctions de la glande thyroïde et on est parvenu à établir une corrélation directe entre les altérations de cette glande et le crétinisme et le myxœdème : à certains égards, la thyroïde et la glande testiculaire semblent très analogues, et toutes deux sécrètent des substances qui sont indispensables à l'harmonie générale du développement organique.

Nous allons exposer une série de faits soit naturels, soit expérimentaux concernant aussi bien l'homme que les animaux, et prouvant :

1° L'importance des testicules comme régulateurs du mouvement nutritif, particulièrement à l'époque de la puberté ;

2° L'indépendance de cette fonction d'ordre général et de la spermatogénèse, dans un certain nombre de cas.

Les enfants castrés dans le jeune âge prennent plus tard les caractères de l'eunuque. Godard dans ses études sur la monorchidie et la cryptorchidie (1857), et dans son ouvrage sur l'Egypte (1867), a parfaitement décrit les anomalies et les divers arrêts dans le développement qui résultent de la castration :

Absence de barbe et de poils au pubis, élévation du timbre de la voix et rétrécissement des cordes vocales, allongement des membres inférieurs, élargissement du bassin, aspect grêle des masses musculaires des membres, perte des désirs génésiques le plus souvent.

Il est remarquable que chez un certain nombre de cryptorchides, ceux dont les testicules manquant en apparence, restent profondément cachés dans le ventre, on observe un faciès tout à fait semblable à celui des eunuques castrés dans l'enfance : la verge du cryptorchide abdominal est peu développée en général, s'érige mal ou pas du tout ; les attributs extérieurs de la virilité, la barbe, les poils au pubis, la gravité de la voix, etc., font également défaut. L'un de nous a publié récemment un bel exemple de ce genre dans les bulletins de la Société. On admet que dans ces circonstances les testicules restés dans la région lombaire ou la fosse iliaque sont atrophiés.

Aux observations déjà publiées sur les altérations du testicule en ectopie iliaque, altérations qui correspondent aux troubles organiques signalés plus haut, nous pouvons ajouter un examen personnel des lésions du testicule chez un monorchide.

L'homme, sur lequel ont porté nos recherches anatomiques et histologiques, était un prisonnier de la Santé mort en 1889, et condamné à cinq ans de réclusion pour viol. Il avait été marié et était père d'une petite fille ; il mourut de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, dans la bourse du côté droit on trouva un testicule normal qui avait ses connexions habituelles avec l'épididyme ; du côté gauche où, pendant la vie, on ne sentait par le palper aucun vestige de glande, soit dans la bourse, soit dans le trajet inguinal, on rencontra le testicule dans la fosse iliaque gauche au voisinage du détroit supérieur.

Ce testicule était rattaché en bas à un petit cordon grêle qui descendait jusque dans le canal inguinal pour aboutir à une masse rougeâtre, pelotonnée, que nous avons reconnue comme étant un fragment aberrant de l'épididyme.

Ce testicule ectopié était petit et dur ; il ne pesait que 5 grammes avec son épididyme ; le sperme de la vésicule correspondante était très clair et ne contenait pas de spermatozoïdes.

Le testicule droit était de volume normal et pesait 15 grammes avec l'épididyme ; la vésicule séminale correspondante était plus volumineuse que du côté gauche ; au microscope on constata nettement dans le sperme de la vésicule droite des spermatozoïdes ; d'ailleurs cet homme

(1) Communication faite à la Société d'Anthropologie le 21 avril 1892.

avait des éjaculations normales et des pollutions nocturnes.

M. H. Bourbon a pratiqué toute une série de préparations microscopiques sur l'appareil génital de ce monorchide et c'est d'après ses préparations que nous allons faire une description sommaire des lésions observées. Bien qu'il s'agisse d'une ectopie iliaque unilatérale, il est très logique d'admettre que les altérations sont les mêmes que dans les cas d'ectopie bilatérale.

Tout d'abord la structure du testicule droit et de l'épididyme est à peu près normale; cet organe sain peut servir de terme de comparaison avec le testicule gauche qui, au contraire, est profondément altéré. Dans ce dernier la pulpe est très ferme; cependant on parvient à étirer à la pince quelques tubes : ceux-ci sont fixés sur une lame, colorés et étudiés suivant les procédés habituels.

Les tubes testiculaires sont un peu rétrécis dans leur diamètre relativement aux tubes sains, ils ont une paroi triple en épaisseur des tubes du côté normal; le calibre intérieur se trouve donc très réduit et est à peu près rempli par des cellules nucléées petites, granuleuses et tassées les unes contre les autres.

La tunique albuginée est manifestement épaissie sur les coupes, et la trame conjonctive intertubulaire a proliféré abondamment; les modifications de la paroi et du contenu des tubes se montrent sur ces coupes d'une manière très distincte. Ces lésions sont d'une constatation extrêmement facile, quand on examine successivement et quand on compare les coupes microscopiques du testicule sain et celles du testicule ectopié.

Dans le testicule droit (le sain), les cellules séminales contenues dans les tubes sont beaucoup plus volumineuses que celles que l'on observe dans les tubes du côté gauche (ectopié); ni d'un coté, ni de l'autre, nous n'avons observé de processus karyokinétique dans les cellules, peut-être par un défaut de fixation ou de coloration.

M. Hermann Legrand, aujourd'hui médecin sanitaire à Suez, nous a apporté de l'hospice des Enfants-Assistés, il y a deux ans, le bassin et les membres inférieurs d'un jeune garçon âgé de 2 ans environ, dont les deux testicules étaient en ectopie iliaque. Sur les préparations microscopiques de ces organes qui ont aussi été exécutées par M. H. Bourbon, nous relevons que les tubes testiculaires sont d'un très petit calibre, les cellules séminales qui les remplissent sont petites, et surtout que la trame intertubulaire est abondante. Cette trame n'a pas encore un aspect fibreux, elle renferme un grand nombre de cellules conjonctives.

Si l'on compare les coupes de ces testicules ectopiés d'enfants avec des préparations d'autres testicules du même âge déjà descendus dans les bourses, les différences de structure sont manifestes. Dans les testicules normaux de 2 ans, les tubes sont plus larges, bourrés de cellules plus grosses; la trame intercalée est moins épaisse, plus fibreuse et moins riche en cellules conjonctives. La coupe des tubes se distingue nettement du tissu connectif ambiant. Dans les testicules ectopiés, au contraire, les tubes sont comme plongés dans une gangue embryonnaire. Les lésions microscopiques que nous avons observées chez les cryptorchides abdominaux, à divers âges de la vie, correspondent aux altérations déjà notées dès 1851 par Follin, Godard, Broca, etc.; ces auteurs, à l'aide des procédés techniques rudimentaires qu'on employait à leur époque pour les études histologiques, avaient déjà remarqué, dans les cas de ce genre, l'atrophie totale des testicules, l'aspect scléreux et dur de la pulpe, parfois une apparence graisseuse, la difficulté de l'étirement des tubes et leur diminution de calibre. Si nous avons insisté assez longuement sur les lésions microscopiques des testicules en ectopie abdominale, c'est qu'elles expliquent d'une manière satisfaisante, et l'infécondité des cryptorchides par absence de spermatogénèse, et leur arrêt de développement par diminution ou même suppression des sécrétions glandulaires.

Les testicules sont atrophiés en bloc, leur partie constituante essentielle, les tubes, a subi des modifications d'ordre atrophique tandis que la trame a proliféré.

Effets de la castration chez les animaux. Chez l'homme cryptorchide abdominal, la suppression complète des fonctions testiculaires se rapporte à une atrophie naturelle des organes restés dans le centre. Chez les animaux castrés, les sécrétions glandulaires cessent, parce que l'organe est enlevé dans sa totalité de même que chez l'homme eunuque.

Deux méthodes principales sont usitées pour pratiquer la castration chez les animaux : 1° l'ablation totale du testicule par section du cordon ; 2° le bistournage, c'est-à-dire la torsion du pédicule, laquelle arrête le cours du sang dans les vaisseaux spermatiques.

L'ablation totale est faite surtout chez les chevaux, les moutons, etc.

Le bistournage est pratiqué de préférence chez les ruminants.

Les vétérinaires et les zootechniciens ne castrent pas les animaux sans être guidés par certains principes qui prouvent qu'ils connaissent l'influence considérable de la glande testiculaire sur le développement organique général. Ni les chevaux, ni les bœufs ne sont castrés quand ils sont encore très jeunes, bien qu'à ce moment l'opération soit plus facile, puisque les animaux n'opposeraient qu'une faible résistance; on attend que la croissance soit presque achevée, que leur squelette, leur système musculaire, soit en grande partie développé.

Suivant le témoignage de M. Morel, vétérinaire inspecteur de la boucherie à Paris, et qui a pratiqué son art en Normandie, on remarque de notables différences dans l'aspect général, l'embonpoint, la conformation de l'encolure et de la croupe, suivant que la castration a été plus ou moins précoce chez les chevaux; quant aux caractères distinctifs généraux entre l'étalon et le cheval hongre, ils sont assez connus pour que nous n'y insistions pas.

Chez les ruminants, la castration, étant pratiquée par le bistournage, n'amène pas ordinairement une destruction, une atrophie absolument complète des testicules; il reste dans les bourses un noyau plus ou moins volumineux qui est le vestige de la grande bistournée. Ce reliquat testiculaire se nomme le « marron », dans le langage des éleveurs.

D'après le professeur Sanson, dont la compétence en zootechnie est grande, le marron représenterait effectivement un fragment de parenchyme testiculaire qui aurait échappé à la mortification produite par le bistournage. Les animaux chez lesquels le marron est assez gros seraient recherchés par les agriculteurs, parce qu'ils sont plus forts, que leurs muscles sont plus puissants, mais ils se prête-

raient mal à l'engraissement. (Sanson. *Traité de Zootechnie, t.* II). On peut donc admettre que si ces animaux histournés conservent quelques-unes des aptitudes des animaux entiers, bien qu'ils soient inféconds, c'est parce que les fonctions sécrétoires remplies par le testicule ne sont pas abolies complètement. Dans l'espèce humaine on doit regarder comme analogues à ces animaux certains microrchides dont les testicules atteignent à peine le volume d'une petite amande et qui ne sont pas toujours dépourvus des attributs extérieurs de la virilité. L'un de nous a rencontré, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, un homme atteint de microrchidie double, avec un développement général satisfaisant et une moustache un peu rare; malheureusement l'examen du sperme n'a pu être fait.

D'autres microrchides se rapprocheraient plutôt des eunuques, ce qui tient sans doute à l'atrophie de la pulpe répondant à l'atrophie totale de l'organe: tel est un homme que l'un de nous a vu dans le service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière.

La cryptorchidie n'est pas rare chez les animaux. Nous devons à M. Richard, vétérinaire à Aniche (nord), quelques documents relatifs aux chevaux pifs, c'est-à-dire aux chevaux cryptorchides. Ces chevaux sont en général considérés comme inféconds, et cependant la plupart d'entre eux ressemblent aux chevaux entiers par leurs formes extérieures: ils sont vifs, peu maniables, méchants même, et l'opération de la castration devient indispensable (1).

Quel est le degré de fréquence relative de l'ectopie inguinale et de la cryptorchidie abdominale chez les chevaux? — Nous ne le savons pas d'une manière précise et M. Richard n'a rien pu nous dire à cet égard.

Il semble donc qu'on puisse conclure des observations faites sur les chevaux *pifs* que les fonctions du testicule ectopié continuent de se produire, bien que ces animaux soient privés de la spermatogénèse.

Nous allons exposer maintenant les observations faites directement sur l'homme, qui montrent l'indépendance de la spermatogénèse et de la sécrétion testiculaire proprement dite.

Nous ne ferons allusion, que pour les écarter, aux cas dans lesquels, après des épididymites blennorrhagiques doubles, ou après des maladies tuberculeuses ou syphilitiques du testicule on constate l'azoospermie. Ces maladies déterminent l'infécondité par oblitération des voies séminales et ne se manifestent qu'à l'âge adulte le plus souvent, alors que le développement général est complet. Jusqu'à l'époque de la maladie, la sécrétion du testicule a été normale et a exercé son influence sur les manifestations organiques de la puberté.

L'un de nous a rencontré un homme âgé de 25 ans atteint d'une double ectopie inguinale avec hernies. Cet homme fut opéré par un chirurgien des hôpitaux de Paris qui fit descendre les testicules dans les bourses il y a huit mois; l'opération donna les résultats voulus, les testicules sont restés dans les bourses et sont assez gros. Très préoccupé de savoir s'il pouvait avoir des enfants, car la puissance génitale chez lui ne laisse rien à désirer, cet homme nous envoya à plusieurs reprises du sperme à examiner. L'éjaculation est abondante, mais le liquide est clair et filant. A l'examen microscopique on trouve dans le sperme des cellules lymphatiques, des granulations nombreuses, des cristaux aciculés très fins, des gouttes d'apparence oléagineuse, mais nous n'y avons pas découvert de spermatozoïdes. Il est donc certain que la descente des testicules effectuée depuis huit mois n'a pas rétabli la spermatogénèse.

Cet homme est vigoureux, de taille moyenne; ses masses musculaires sont bien développées; il a les poils du pubis fournis comme à l'ordinaire, sa voix est grave, aucun des attributs extérieurs de la virilité ne fait défaut chez lui. Notons qu'il n'y a pas de maladie antérieure des testicules pour expliquer cette azoospermie. Il est donc bien évident que dans ce cas la sécrétion testiculaire retentissant sur la nutrition et sur le développement, a continué de se faire avant comme après la puberté, indépendamment de la spermatogénèse qui a toujours manqué.

Ce fait d'ailleurs n'est pas unique: l'un de nous tient de M. Monod, chirurgien des hôpitaux, la relation d'une observation tout à fait semblable: il s'agit d'un homme de 35 ans, très vigoureux, ayant toutes les apparences de la virilité et toute la puissance génitale. Bien que marié depuis plusieurs années, il se plaignait de ne pas avoir d'enfant. Son sperme fut examiné deux fois et on n'y rencontra pas de spermatozoïdes, sans qu'on puisse imputer cette azoospermie à une maladie vénérienne antérieure.

Nous empruntons à l'ouvrage de MM. Monod et Terrillon (Maladies du testicule, 1889), un exemple d'ectopie inguinale double avec conservation des caractères virils: « Il s'agit d'un individu dont les deux testicules sont arrêtés à l'aine; il n'en offre pas moins toutes les apparences extérieures de l'homme le mieux constitué; il est de taille ordinaire, vigoureux, porte barbe au menton; la voix est habituellement bonne, de timbre un peu bas, mais présente des inflexions variées que le sujet ne semble pas absolument maître de régler à son gré. Il est marié, paraît avoir eu volontiers des rapports sexuels, mais n'a pas d'enfants. Par ce dernier trait, ajoute l'auteur, notre homme ne diffère pas de la majorité des cryptorchides. »

Robin dans son traité des Humeurs cite 4 hommes adultes dont il a examiné le sperme, sans y rencontrer de spermatozoïdes. Ces hommes n'auraient présenté à aucun moment de maladie génitale; ils étaient d'ailleurs bien développés, avaient une puissance génésique normale, et rien, dans leur habitus extérieur, ne pouvait indiquer qu'ils fussent inféconds.

Pajot, dans un article du *Bulletin général de Thérapeutique* (1875) dit avoir vu sur 80 mariages stériles, 7 hommes sans spermatozoïdes; sur les 7, 4 avaient eu des orchites doubles, les trois autres n'avaient jamais eu de maladies génitales; tous remplissaient leurs fonctions de mari avec succès, quelques-uns même brillamment. Tous ces hommes ont été traités par les moyens toniques locaux et généraux; aucun n'a guéri.

A ce propos Hirtz (de Strasbourg) revendiqua la priorité de ces observations de « Stérilité idiopathique »; il rappela un travail publié par lui dans la *Gazette médicale de Strasbourg* en 1861, et contenant plusieurs faits que nous croyons devoir relater:

1° Un homme marié, d'une taille ramassée, d'une vigueur peu commune, qui n'a jamais eu le moindre accident vénérien, se vante de sa force prolifique, de ses prouesses con-

(1) Telle ne serait pas l'opinion de M. Sanson qui dit que les mâles cryptorchides se développent avec des caractères extérieurs qui ne les différencient pas des femelles.

jugales qui jamais ne le fatiguent, si fréquentes qu'elles puissent être. Il désire beaucoup avoir un enfant. Il m'apprend cependant que sur quatre de ses sœurs, deux sont stériles et que cette stérilité alterne selon l'ordre de leur naissance. La première et la troisième sont stériles, et ce fait a des analogues dans sa famille. Le lendemain il m'apporte du sperme encore chaud. Je le soumis à M. Hepp; il ne contenait pas la moindre trace de zoosperme. Cet examen répété trois fois, donna chaque fois le même résultat. Les lotions froides, l'électricité, l'huile phosphorée ne produisirent pas de résultat.

Je fis la même enquête auprès d'un homme blond, petit, trapu, très fort de couleur et de constitution; il se vanta de ses forces génitales qui lui permettaient de dépasser les limites imposées à la généralité des maris. Pas la moindre trace de zoospermes, à peine quelques débris d'épithélium indiquant les rudiments des animalcules et tels qu'on les a découverts dans les spermatorrhées graves. Ici, non plus, le traitement tonique ne donna pas de résultats.

Nous reproduisons en résumé plusieurs faits empruntés aux célèbres recherches de Godard sur la monorchidie et la cryptorchidie; ces faits sont complètement d'accord avec nos observations personnelles.

Homme âgé de 50 ans, fort et vigoureux, poils nombreux, verge normale, le scrotum manque, double ectopie crurо-scrotale, pas des permatozoïdes dans les vésicules, ni dans le canal déférent, examinés à l'autopsie.

Dans une autre autopsie d'un sujet de 30 ans qui semble avoir été vigoureux, Godard a trouvé que la lèvre supérieure était recouverte de poils clairsemés, il a noté des poils au pubis, mais non ailleurs; le sujet était atteint d'une ectopie inguinale inférieure double, le scrotum manquait; les testicules étaient d'aspect et de volume normaux; pas de spermatozoïdes.

Plus loin (page 145), Godard cite un homme fort et vigoureux, cryptorchide, chez lequel rien ne trahit son infirmité; « il courait les femmes et a eu à s'en repentir; il se marie, n'a pas d'enfant ».

Autre cas: Homme de 30 ans, dont les testicules sont restés dans l'abdomen jusqu'à 15 ans; le gauche s'engage dans le canal inguinal où il reste; le droit est dans le scrotum avec une hernie. Constitution faible, peau blanche, barbe et cheveux noirs abondants, poils pubiens nombreux, pénis normal, éjaculations assez fréquentes; a eu une blennorrhagie de trois mois à 24 ans, sans épididymite. L'épididyme droit est « dur et comme fibreux ». Le sperme examiné 4 fois est dépourvu de spermatozoïdes.

Il résulte de l'ensemble des faits que nous venons de rapporter que la conservation relative des fonctions testiculaires pour ce qui regarde le développement organique, coïncidant avec l'azoospermie, est commune à des hommes dont les testicules occupent leur place dans les bourses, et à d'autres chez lesquels les glandes restent en ectopie inguinale.

Nous ne savons rien sur les modifications possibles de structure des testicules inféconds descendus naturellement dans le scrotum; mais par contre, nous pouvons donner quelques examens microscopiques des glandes en ectopie inguinale, à différents âges de la vie :

I. — Testicule en ectopie inguinale chez un enfant de 13 mois (préparations faites par M. A. Raoult). La glande ectopiée est du volume d'un petit haricot, sa surface de coupe n'équivaut guère qu'au tiers du testicule non ectopié. La tunique albuginée est épaissie, particulièrement dans la région de l'épididyme. Sur la coupe on remarque dans quelques places des bandes assez épaisses de tissu conjonctif transparent, parsemées de cellules dont le protoplasme est indistinct et dont les noyaux sont légèrement ovoïdes; cette trame présente l'aspect embryonnaire et est assez épaisse, les cellules contenues dans les tubes ont des noyaux ronds, volumineux, qui se colorent fortement; le protoplasme est extrêmement réduit. En général le calibre des tubes est un peu rétréci comparativement au côté sain... Du côté sain, la trame intertubulaire est formée de cellules dont les noyaux qui sont déjà allongés en bâtonnets et la paroi des tubes prend une apparence fibroïde. Le calibre des tubes est rempli par des cellules à noyaux ronds paraissant plus grosses que du côté ectopié. En résumé, les altérations de la glande en ectopie montrent une atrophie visible à l'œil nu et consistant : 1° dans une légère prédominance de la trame intertubulaire qui reste à l'état embryonnaire; 2° dans une diminution appréciable du calibre des tubes, dont les cellules séminales sont aussi un peu réduites de volume.

II. — Testicule en ectopie inguinale enlevé par M. le Dr Segond, chirurgien de la Maison Dubois, chez un garçon de 13 ans. (Préparations de M. Thérèse.)

L'albuginée n'est pas épaissie. L'épididyme n'est pas altéré, mais ne contient pas de spermatozoïdes. Il y a un léger épaississement de la trame intertubulaire, dans la portion périphérique. Bande de sclérose qui semble se continuer avec le rete testis. Le testicule n'est pas arrondi, il est comme taillé à pans, ce qu'on peut attribuer à des compressions.

Nous nous croyons autorisés à conclure de cet exposé que, dans un certain nombre de faits bien observés, qui nous sont personnels ou empruntés aux auteurs compétents, la glande testiculaire, alors même qu'elle ne produit pas de spermatozoïdes, ne reste pas inactive, et qu'elle peut continuer à jouer son rôle régulateur essentiel sur le développement général de l'organisme. Cette conclusion est vraie lorsque l'on considère soit des hommes dont les testicules sont descendus dans les bourses et qui sont azoospermiques, soit d'autres hommes dont les testicules sont en ectopie inguinale, et qui, dans les deux cas, présentent tous les attributs extérieurs de la virilité.

On ne peut faire, jusqu'ici, que des hypothèses sur l'état anatomique des cellules séminales qui, tout en gardant une certaine activité sécrétoire, ne sont pas aptes à bourgeonner, à subir les métamorphoses karyokinétiques qui aboutissent à la transformation en spermatoblastes. Tout ce que nous pouvons dire actuellement, c'est qu'à première vue, les cellules contenues dans les tubes des testicules en ectopie inguinale, ne diffèrent que peu de celles que renferment les testicules tout à fait normaux. Des recherches microscopiques ultérieures nous éclaireront peut-être un jour sur ce point jusque-là obscur.

REVUE CRITIQUE

L'UNICITÉ DU CANCER

On enseigne depuis longtemps, comme un dogme indiscutable, que le développement du cancer a toujours un point de départ unique, et que la localisation primitive de cette dégénérescence ne se fait jamais simultanément dans deux organes éloignés : c'est l'idée fondamentale de la doctrine de l'unicité du cancer, considérée jusqu'à présent comme une des notions les mieux établies de la pathologie générale. En fait, cette doctrine a régné sans conteste jusqu'à présent, s'imposant à chaque génération médicale sous l'influence de l'enseignement classique, et par l'effet d'une véritable suggestion routinière tout à fait comparable à celle qui, dans un ordre de faits assez voisin, a maintenu si longtemps le règne de cette autre conception erronée, le dogme de l'unicité du chancre induré. Ce dernier exemple nous paraît précisément bien choisi, parce qu'il montre la puissance de vitalité de certaines idées fausses, quand ces idées s'appuient sur la tradition. En réalité, les syphilographes ont démontré l'erreur de cette conception le jour où ils ont reconnu que des ulcérations spécifiques initiales multiples, et rigoureusement contemporaines, pouvaient coexister chez le même sujet. Une réaction analogue est en voie de s'opérer à l'égard du cancer depuis que l'on a rencontré des faits, très peu nombreux il est vrai, mais d'une authenticité non douteuse, qui établissent la possibilité d'une implantation simultanée de la dégénérescence maligne dans plusieurs organes éloignés les uns des autres, et sans connexion anatomique immédiate, ou même indirecte. L'opinion nouvelle qui est née de ces faits a trouvé des adhérents et des commentateurs et a inspiré des recherches dont les résultats, variables suivant les observateurs, tendent cependant, d'une manière générale, à lui apporter une véritable consécration.

Nous citerons particulièrement, au nombre des travaux afférents à ce sujet, un récent mémoire de M. le Dr Bard, médecin des hôpitaux de Lyon. Notre collègue a eu la bonne fortune, si appréciable quand il s'agit d'une question où les faits doivent passer avant la théorie, de rencontrer un de ces cas de double localisation cancéreuse simultanée chez un même individu. Il s'agissait, dans l'espèce, d'un épithélioma du col de l'utérus, et d'un épithélioma de la tête du pancréas qui paraissaient s'être développés parallèlement. Le cas est relaté dans son mémoire, y compris les particularités si importantes de l'autopsie qui étaient indispensables à la validité des conclusions finales. La plus importante de ces particularités se rapporte à l'analyse histologique des deux néoplasmes. Il y avait entre eux une différence de structure fondamentale, le néoplasme utérin appartenant à la variété d'épithélioma dite *corné*, tandis que celui du pancréas ressortissait nettement à la variété dite *cylindrique*. Or cette remarque présente un intérêt capital, car elle fournit l'argument le plus puissant que l'on puisse invoquer en faveur de la dualité de la formation cancéreuse. Il est clair, en effet, que cette dualité n'aurait pu être affirmée, si les deux néoplasies avaient présenté une structure histologique identique et uniforme ; dans ce dernier cas, au contraire, on eût été autorisé à proclamer la subordination de l'une des néoplasies à l'autre dont elle eût pu être considérée ainsi comme une localisation secondaire et comme un produit à distance. Réalisant cette condition si rare, mais si indispensable de la différence de structure, il nous semble que le fait de M. Bard est propre à lever tous les doutes, et qu'il s'agissait bien d'un exemple de double formation cancéreuse simultanée. Telle est du reste la conclusion formelle de l'auteur.

Il est certain que, dans une question aussi difficile à résoudre et aussi obscure, on ne saurait exiger trop de garanties, et c'est peut-être parce qu'il n'y en avait pas assez dans la plupart des cas publiés, que cette question est restée aussi longtemps non résolue. En effet, parmi ces cas, les uns pèchent sous le rapport de l'observation clinique, les autres ont manqué de l'indispensable sanction que peut seul fournir l'examen nécroscopique. Il en est résulté de fâcheuses lacunes dans les relations des faits et, au point de vue de l'interprétation, des affirmations prématurées que l'analyse de ces faits n'autorisait pas suffisamment. Aussi, dans son mémoire, M. Bard a-t-il dû opérer une sélection sévère entre eux, de façon à éliminer tous les cas douteux, et à conserver seulement ceux qui lui ont paru offrir toutes les garanties d'authenticité exigibles en pareille matière. Or, il se trouve que les faits nettement démonstratifs atteignent à peine le chiffre d'une dizaine. C'est peu, assurément, si l'on envisage la fréquence extrême des affections cancéreuses. Mais ici la quantité importe moins que la qualité, et il faut avant tout que les exemples choisis soient irrécusables, desideratum qu'ils ne peuvent réaliser que s'ils remplissent plusieurs conditions. Ainsi, pour être en droit d'affirmer l'indépendance de deux tumeurs d'apparition sensiblement contemporaine, il ne suffit pas, dit M. Bard, de constater que ces tumeurs siègent dans des organes très éloignés, ou que les rapports de leurs localisations sont tels que l'on soit conduit à nier toute subordination chronologique entre elles. Car, d'une part, on observe des généralisations de toutes sortes et, d'autre part, il est certain que la durée du temps qui s'écoule entre l'apparition de la tumeur primitive et celle de ses localisations à distance peut acquérir une longueur considérable. De même, on n'est pas autorisé à interpréter comme des faits de double cancer primitif ceux où l'on a simplement constaté l'apparition de deux néoplasies semblables, soit dans un même organe, soit dans deux organes pairs ou plus ou moins symétriques. Il faut pour cela d'autres conditions, suivant M. Bard. La première, que les localisations cancéreuses possèdent une structure histologique absolument différente, qu'elles appartiennent à deux types tout à fait distincts. La seconde, que l'espèce cellulaire caractéristique de chaque néoplasie soit une espèce qui se rencontre normalement dans son lieu d'apparition. Or, ces deux caractères, dont la constatation est indispensable aux yeux d'une critique sévère, ne semblent avoir été rencontrés jusqu'à présent que dans un très petit nombre de cas. L'observation de M. Bard doit être rangée parmi ces derniers, et c'est ce qui lui donne sa valeur décisive.

Nous conclurons donc, avec notre distingué confrère lyonnais, que la question de la pluralité du cancer chez un même individu doit être nettement résolue dans le sens de l'affirmative. La rareté extrême du fait ne saurait diminuer en rien la valeur de cette conclusion. Dira-t-on maintenant que cette démonstration ne présente pas d'intérêt en dehors du point de vue abstrait et purement théorique de la pathologie générale ? Il est certain que l'on n'entrevoit guère de conséquences pratiques à tirer d'une solution positive, et que le traitement des affections cancéreuses en particulier ne paraît pas appelé

à bénéficier dans une mesure quelconque, de cette vérité nouvelle. Mais c'est là une préoccupation spéciale que nous devons écarter provisoirement, nous bornant à montrer que ces notions récemment acquises profitent surtout à l'histoire du cancer, considéré d'une manière générale. En définitive, elles sont un acheminement vers la connaissance de la nature de cette redoutable maladie. Or, comme ce dernier problème est intimement lié à la question thérapeutique, on peut espérer que celle-ci bénéficiera un jour des progrès réalisés dans l'histoire naturelle d'une affection encore mystérieuse par tant de côtés. Des travaux pareils à celui que nous venons de commenter marquent certainement un pas vers la solution de ce desideratum.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

I. SUR LA TRANSMISSION DE L'IMMUNITÉ PAR L'INTERMÉDIAIRE DU LAIT. — II. SUR LA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS.

I. — Pour faire suite aux travaux dont nous avons rendu compte dans ce journal, et qui se rapportent à l'emploi, comme vaccin, du sérum sanguin d'un animal rendu réfractaire à certaines maladies infectieuses, voici la relation d'expériences faites par MM. Brieger et Ehrlich (*Deustche Medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 18, p. 392), et qui nous apportent la preuve que le lait d'une femelle en possession de l'immunité contre le tétanos, est doné également de ce pouvoir vaccinal.

La chèvre présente une grande réceptivité pour le tétanos; l'inoculation de 0,25 cc. d'une culture du bacille tétanigène, douée de toute sa virulence, suffit pour tuer une chèvre adulte en l'espace de quatre jours. MM. Brieger et Ehrlich ont donc vacciné contre le tétanos des chèvres pleines. Le liquide vaccinal (bouillon de culture atténué), a été injecté avec toutes les précautions nécessaires, à doses lentement progressives, afin de soustraire les animaux aux dangers de l'avortement; aucune des chèvres utilisées pour ces expériences n'a présenté d'élévation fébrile de la température corporelle, à la suite de ces injections. On a constaté que dans ces conditions, le lait d'une chèvre avait acquis les propriétés d'un vaccin contre le tétanos, trente-sept jours après le début du traitement. A partir de là, les injections vaccinales ont été faites avec des bouillons de culture douées de leur entière virulence, et à doses rapidement croissantes, de telle sorte, qu'après un nouveau délai de trois semaines, on injectait en une fois 20 cc. de bouillon de culture, c'est-à-dire une quantité 80 fois plus forte que la dose réputée mortelle dans les circonstances ordinaires.

Brieger et Ehrlich se sont proposé ensuite de déterminer la valeur quantitative du vaccin représenté par le lait des animaux rendus rendus réfractaires au tétanos. Voici comment ils ont procédé.

Ils ont expérimenté sur des souris, des recherches antérieures d'Erlich ayant démontré que des souris nouveau-nées, nourries par des mères rendues réfractaires au tétanos, acquéraient une immunité très prononcée contre cette maladie infectieuse. Aux animaux qui ont servi à cette nouvelle série d'expériences on a injecté (dans la cavité péritonéale) 0, 2 cc. de lait provenant de la chèvre rendue réfractaire au tétanos; en même temps on leur inoculait une quantité déterminée d'un bouillon de culture du bacille tétanigène, doné de son maximum de virulence et mélangé à parties égales avec de la glycérine, le tout conservé dans une glacière. Il s'agissait de déterminer quelle quantité de ce mélange infectieux l'injection concomitante de lait vaccinal était capable de neutraliser. Deux animaux, auxquels on a inoculé une dose de bouillon de culture tétanigène 4 et 8 fois plus forte que la dose réputée mortelle dans les circonstances ordinaires, n'ont pas été incommodés. Un troisième animal, inoculé avec une dose 16 fois plus forte que la dose réputée mortelle, n'a présenté que passagèrement des symptômes très atténués du tétanos. Un quatrième a succombé cinq jours après avoir subi l'inoculation d'une dose 20 fois plus forte que la dose réputée mortelle. Par contre, un cinquième a résisté à l'inoculation d'une dose 24 fois égale à la dose réputée mortelle, après avoir présenté des symptômes assez graves. Les animaux auxquels on a inoculé des doses plus fortes du mélange infectieux ont tous succombé.

Ces chiffres donnent une idée précise du degré d'immunité conféré par l'injection intra-péritonéale.

Dans une autre série d'expériences, on a utilisé comme agent infectieux des éclats de bois imprégnés de spores tétanigènes, et comme liquide vaccinal, du lait recueilli chez la chèvre en question, à partir du trente-septième jour du traitement subi par cet animal. Il s'est fait voir que l'injection intra-péritonéale de 0,1 cc. de ce lait préservait les souris contre les suites mortelles de l'inoculation infectieuse concomitante, mais qu'une dose moitié moindre de lait n'assurait plus ce résultat. De plus, quand le lait vaccinal était injecté six heures après l'introduction des éclats de bois, son action antidote se manifestait encore. Par contre, quand ce lait était administré à des animaux adultes par la voie stomacale, ceux-ci n'acquéraient pas l'immunité vaccinale, sans doute parce qu'ils supportent mal l'alimentation exclusive par le lait de chèvre.

Autre détail à noter : débarrassé de sa caséine, le lait conservait intact son pouvoir vaccinal. On trouve donc le moyen d'accroître ce pouvoir vaccinal, en concentrant par voie d'évaporation le lait privé de sa caséine, le petit lait.

A la fin de leur note, les deux auteurs annoncent qu'ils ont obtenu des résultats analogues à ceux qui viennent d'être mentionnés, pour une autre maladie infectieuse, la fièvre typhoïde.

II.—MM. Tizzoni et Cattani (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 18, p. 394) annoncent qu'ils ont pu constater sur des lapins et des rats la transmission héréditaire de l'immunité artificielle conférée contre le tétanos. Ces observations ont été faites d'abord sur un couple de lapins rendus réfractaires au tétanos au point de supporter impunément l'injection de 3 cc. d'une culture très virulente du bacille tétanigène (culture dans de la gélatine). La femelle a mis bas quatre petits, le 21 février 1892. Un de ces quatre lapereaux a été inoculé le 2 avril, avec 1/10e de goutte d'une culture du bacille tétanigène ensemencé dans de la gélatine conservée sous une couche d'hydrogène, culture filtrée et réduite, par évaporation, au tiers de sa masse primitive. Un second lapereau a été inoculé, le 4 avril, avec 1/5e de goutte, un troisième a été inoculé le 5 avril avec 1/2e goutte de cette même culture. Les deux premiers n'ont ressenti aucune suite de l'inoculation ; le troisième

a présenté quelques symptômes locaux du tétanos, très passagers d'ailleurs. Un lapereau du même âge, provenant d'un couple non immun, et auquel on a inoculé 1/10e de goutte de cette même culture, a succombé au bout de cinq jours, après avoir présenté les symptômes classiques du tétanos.

D'autre part, deux petits rats, mis au monde par une rate rendue réfractaire au tétanos, ont supporté, à l'âge de un mois, des injections de 1/20e et 1/10e de goutte d'une culture filtrée du bacille tétanigène. Un petit rat du même âge a succombé au bout de trente-quatre heures, à une inoculation d'un 1/20e de goutte de la même culture.

Ces faits démontrent, en somme, que des animaux rendus réfractaires contre le tétanos, transmettent à leur progéniture une partie de l'immunité qu'ils ont acquise. MM. Tizzoni et Cattani se proposent d'élucider prochainement le point de savoir si cette transmission ne s'effectue qu'autant que les deux procréateurs sont en possession de l'immunité à transmettre, ou s'il suffit que l'un des deux la possède.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LA PRATIQUE DE L'ANTISEPSIE DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES, par le Dr CH. BURLUREAUX, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce, 1 vol. in-18°. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1892.

Toutes les affections susceptibles d'être transmises d'un homme ou d'un animal malade à un homme ou un animal sain sont des maladies contagieuses, quel que soit d'ailleurs le mode de contamination. Primitivement locales, elles ne tendent qu'ultérieurement à la généralisation.

Les moyens de traitement doivent varier, on le conçoit, suivant que l'on intervient pendant la première ou la seconde période. Aussi M. Burlureaux propose-t-il de diviser les maladies contagieuses d'après le plus ou moins de succès avec lequel on peut employer contre elles les agents de la thérapeutique locale :

1° Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est la seule rationnelle (chancre mou, stomatite ulcéro-membraneuse, bouton de Biskra) ;

2° Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est le plus souvent insuffisante, vu leur peu de tendance à la généralisation (blennorrhagie, furonculose) ;

3° Maladies qui deviennent très rapidement générales mais dont la porte d'entrée accessible doit être surveillée aussi longtemps que dure la maladie (angines, érysipèle, grippe, diphtérie, fièvre typhoïde, choléra, dysenterie) ;

4° Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale n'est suffisante que pendant un délai très court (tétanos, charbon, rage, morve) ;

5° Maladies qui sont surtout justiciables d'un traitement général destiné à poursuivre dans le sang le microbe générateur, mais dans lesquelles la thérapeutique locale peut cependant parfois trouver des applications (tuberculose, cancer) ;

6° Maladies dont la porte d'entrée est connue mais inaccessible et contre lesquelles on ne peut, par conséquent, diriger aucune intervention locale (syphilis, variole) ;

7° Maladies à porte d'entrée non seulement inaccessible mais inconnue, à généralisation immédiate, contre lesquelles il n'y a pas à songer à faire le moindre traitement local (variole, dengue, rougeole, scarlatine, méningite cérébro-spinale, peste, typhus, fièvre jaune, oreillons, coqueluche, suette, pityriasis rosé, érythème polymorphe).

A. — Le chancre mou, la stomatite ulcéro-membraneuse, le bouton de Biskra sont des affections inoculables mais qui ne pénètrent jamais profondément l'organisme : le nitrate d'argent en solution, le chlorate de potasse, l'iodoforme en ont habituellement raison.

B. — La blennorrhagie et la furonculose montrent déjà une tendance à la généralisation et par l'arthropathie et par la staphylocoqhémie : les préparations de sulfate de quinine d'une part, les pulvérisations phéniquées d'autre part, sont à recommander.

C. — Les injections péri-pustuleuses de teinture d'iode dans le charbon peuvent mettre le malade à l'abri de l'empoisonnement bactéridien même cinq jours après que le germe a envahi le tissu cellulaire, à plusieurs centimètres du point d'inoculation. L'enlèvement mécanique des fausses membranes et partant du poison sécrété par ses microbes, le tout aidé d'irrigations antiseptiques tièdes, copieuses, est aussi capable de juguler la diphtérie. Les badigeonnages de teinture d'iode pure arrêtent l'angine phlegmoneuse. Quant à l'angine de la scarlatine entraînant un pronostic d'autant plus sombre qu'elle est plus grave ou plus mal soignée, elle constitue la lésion locale de la maladie et réclame des irrigations antiseptiques aussi abondantes que fréquentes, suivies d'attouchements à l'aide de la glycérine phéniquée ou d'une solution de résorcine.

Si l'érysipèle et les maladies médico-chirurgicales qui faisaient l'effroi des opérateurs n'ont plus le caractère alarmant d'autrefois, c'est qu'on sait les enrayer dès leur début, tuer sur place les microbes pathogènes ou tout au moins les enlever assez vite pour ne pas leur donner le temps de pénétrer profondément l'organisme. C'est par les irrigations intra-utérines phéniquées continuées pendant dix, vingt-quatre, soixante heures consécutives que M. Pinard traite les femmes atteintes de fièvre puerpérale et arrive à les guérir dans des cas qui, il y a dix ans, eussent paru se trouver au-dessus de toute ressource. La guérison de la gangrène gazeuse par l'amputation du membre primitivement atteint, faite aussi haut que possible et sans délai, prouve bien que la maladie est primitivement locale. Il semblerait, d'après certaines expériences de Vignal, que l'acide phénique est l'ennemi du vibrion septique, aussi M. Burlureaux n'hésiterait-il pas, s'il se trouvait en présence d'une gangrène gazeuse, à faire au-dessus de la région envahie toute une série d'injections phéniquées hypodermiques. L'histoire de la pourriture d'hôpital et de la gangrène foudroyante des organes génitaux est exactement calquée sur celle de la gangrène gazeuse.

Quant à la porte d'entrée de la fièvre typhoïde on ne la connaît pas encore, mais l'auteur se demande si le bacille d'Eberth pénétrant par la voie stomacale ne porte pas tout d'abord son action sur la muqueuse intestinale et s'il ne serait pas, pendant quelques jours, accessible à l'antisepsie. Même problème pour la dysenterie et le choléra qui ne deviennent maladies générales avec fièvre qu'à dater du moment où les microbes ou les produits sécrétés par eux ont franchi la barrière de l'épithélium intestinal. La faible mortalité des hôpitaux militaires par fièvre typhoïde, comparée à celle des hôpitaux civils, doit assurément tenir à ce que les

soldats sont plus tôt hospitalisés et reçoivent des soins immédiats. Ces interventions au début peuvent ne pas avoir été suffisantes pour juguler la fièvre typhoïde mais elles sont incontestablement utiles puisque la fièvre du malade traité évolue bien plus correctement que celle du malade non traité. La gravité de la fièvre typhoïde des armées en campagne tient en partie à cette absence de soins au début.

D. — La rage et la morve ont une porte d'entrée accessible; tel la tuberculose cutanée et le lupus; telles encore les tuberculoses primitives de la langue et du larynx; souvent la porte d'entrée est connue mais inaccessible, telles les tuberculoses ganglionnaires, lymphangitiques, intestinales, péritonéales, génito-urinaires; le plus souvent enfin la porte d'entrée est inconnue comme dans la tuberculose pulmonaire. Dans les premiers cas il vaut mieux recourir aux applications de poudre impalpable d'iodoforme plutôt qu'à l'ignipuncture, plutôt surtout qu'au raclage si communément employé et qui a le grave inconvénient d'aider à la dissémination des germes.

E. — Le traitement local de la tuberculose pulmonaire est impossible étant donné que la lésion ne se dénonce à notre examen que lorsqu'elle est déjà très avancée et qu'autour de la lésion perceptible il existe toute une zone envahie par le bacille et dont on ne peut connaître l'étendue. Aussi M. Burlureaux proteste-t-il contre toutes les tentatives pseudo-chirurgicales qui consistent à injecter en plein poumon, à l'aveugle, une ou plusieurs seringues d'un liquide médicamenteux quelconque. Pour lui, la thérapeutique locale n'a plus ici aucune espèce de raison d'être, le traitement général est la seule ressource. Le médecin ne pourra être rationnellement utile au malade qu'en soutenant ses forces pour l'aider dans la lutte contre l'ennemi qui l'envahit, qu'en cherchant à tuer cet ennemi *in situ*, c'est-à-dire dans le milieu sanguin. Ici donc, la place doit être laissée toute entière au traitement général. Les antiseptiques transportés par le sang ne sauraient atteindre les bacilles tuberculeux par la bonne raison que là où sont ces derniers il n'y a plus de vaisseaux. Un de leurs premiers effets est de boucher les ouvertures vasculaires en provoquant une sorte de thrombose capillaire.

La créosote, dont on ne peut nier en l'espèce les remarquables effets, n'agirait pas comme un antiseptique et ici l'auteur entre dans des développements très étendus motivés par l'expérience toute particulière qu'il a de son administration. Il rapporte des cas de tolérance parfaite du médicament avec résultats excellents; des cas de tolérance parfaite mais avec des résultats thérapeutiques médiocres ou nuls; des cas de tolérance parfaite d'abord, suivis d'un certain degré d'intolérance; des cas enfin d'intolérance absolue et cela dès le début du traitement. Il insiste sur la gravité du pronostic en ces dernières circonstances montrant que, d'une façon générale, la créosote a la même valeur au point de vue du pronostic que lymphe de Koch en a au point de vue diagnostique; aussi est-il arrivé à se tromper bien rarement sur le pronostic à porter chez un tuberculeux d'après la manière dont il supporte la créosote, quelle que soit d'ailleurs l'ancienneté de la maladie, quels que soient les symptômes dont il est porteur. Il en résulte que l'administration de la créosote est extrêmement difficile et qu'il existe peu de médicaments dont les degrés de tolérance soient aussi nombreux et aussi variables chez le même individu.

La créosote ne paraît pas se comporter, avons-nous dit, comme un antiseptique, comme un agent spécifique à l'égard du bacille de Koch, puisqu'elle réussit chez d'autres malades que les tuberculeux, chez les neurasthéniques par exemple. Elle exercerait plutôt une influence dynamogénique agissant sur le système nerveux central qui est en somme le grand régulateur des phénomènes vitaux, aussi bien chez le tuberculeux que chez l'homme sain.

F. — Dans le cancer l'intervention locale peut, en certains cas exceptionnels, être couronnée de succès; il n'en est plus de même dans la syphilis et la variole. On serait peut-être autorisé à agir par les injections de bichlorure de mercure sur les ganglions qui, dans la première période de la syphilis, offrent une barrière momentanée à l'envahissement microbien.

G. — Contre la varicelle, la rougeole, la grippe, la dengue, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale, la peste, le typhus, la fièvre jaune, la coqueluche, les oreillons, la suette, le pityriasis rosé et l'érythème polymorphe, la thérapeutique locale est absolument désarmée, dans l'ignorance où nous sommes de leur microbe générateur et du meilleur antiseptique à lui opposer.

L'immunité conférée par une première atteinte est assez exactement proportionnelle au rang hiérarchique ci-dessus établi; c'est ainsi que les maladies des deux premiers groupes en confèrent une relative, variable avec chaque maladie; que celles du sixième et du septième donnent presque toutes une immunité absolue.

Enfin ces diverses maladies gardent à peu près leur rang si on les envisage au point de vue de la prophylaxie individuelle et sociale. Celles de la première et de la deuxième série sont très facilement évitables, celles de la troisième le sont dans une notable mesure, celles de la cinquième et de la sixième se transmettent par voie héréditaire, celles de la septième déjouent toutes les tentatives de prophylaxie.

La longueur des développements dans lesquels nous venons d'entrer nous paraît en rapport avec l'importance du sujet traité par M. Burlureaux; nous avons jugé utile de donner non un aperçu, mais un vrai résumé de son travail. Sérieusement préparé à une semblable étude par son substantiel mémoire sur les maladies contagieuses habituellement observées chez le soldat, mémoire ayant obtenu en 1889 le grand prix de médecine militaire, nul, mieux que le savant agrégé du Val-de-Grâce, n'était apte à montrer tout ce que peut l'antisepsie dans le traitement local des maladies transmissibles. Aussi en parle-t-il avec un accent d'énergique conviction, en vrai croyant qui évite à dessein de lire les publications médicales consacrées au même sujet pour ne pas se laisser détourner de l'orientation qu'il s'était donnée. Son livre est d'autant plus capable de captiver l'attention du lecteur que l'élégance du style met mieux en saillie l'originalité des faits.

Ch. Amat.

BULLETIN

Académie des sciences : La vie propre des tissus et des cellules. *Académie de médecine* : Suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie. — Position du corps dans laquelle on doit pratiquer l'auscultation du cœur.

Il y a près de vingt-cinq ans, nous faisant l'écho ou l'interprète d'une opinion que nous adoptions volontiers, nous écrivions : « Les êtres vivants, vertébrés ou invertébrés, ne constituent pas une unité organique, mais un agrégat, une société,

une colonie de petits organismes ayant une autonomie propre et réunis les uns aux autres par une sorte de lien fédératif. Chaque élément anatomique, chaque cellule, jouit, avec une indépendance relative, de tous les attributs de la vie; elle naît, elle se nourrit, s'accroît, se reproduit et meurt. Elle constitue, en un mot, une individualité distincte qui a sa manière d'être, ses attributs, ses fonctions et jusqu'à ses maladies.

Et plus loin nous ajoutions que lorsque ce lien fédératif est détruit, « il n'y a pas mort à proprement parler, mais transformation d'une vie collective en une foule de vies libres et isolées (1) ».

Ces idées n'ont pu naturellement que se fortifier avec les progrès de la bactériologie, où l'on assiste à la lutte constante entre les microbes et les cellules de l'organisme; elles trouvent une confirmation dans la théorie biologique de l'inflammation de M. Metchnikoff, sur laquelle M. Sée s'est appuyé pour la communication que nous analyserons plus loin et dans des recherches d'un haut intérêt, dont M. A. Gautier a présenté les premiers résultats à l'Académie des sciences, sur la *vie propre des tissus et des cellules en dehors de l'animal vivant*.

Tout le monde sait qu'après la mort les muscles continuent de se contracter, le pancréas continu de fabriquer du glycogène, etc., ce qui revient à dire que les tissus et les cellules continuent de vivre d'une vie propre, autonome, utilisant pour cela les ferments solubles et autres matériaux de réserve accumulés.

M. A. Gautier et son collaborateur, M. Landi, ont recherché les modifications qui résultent de cette survie des tissus et des cellules dans la composition chimique de leurs milieux. Après avoir stérilisé de la viande fraîche, sans altérer ses cellules, ils l'ont placée dans un récipient vide où ils l'ont conservée à une température constante d'environ 38°, pendant quatre-vingt-treize jours. Après ce laps de temps, la viande ne présentait aucun signe de putridité. De la comparaison de deux analyses faites, l'une avant, l'autre après l'opération, il résulte les faits suivants :

L'eau et les albuminoïdes insolubles n'ont pas sensiblement varié. L'albumine soluble s'est transformée, partie en caséine, partie en alcaloïdes toxiques. Les graisses n'ont pas subi de changement; le glycogène et le glycose ont disparu et ont été remplacés par de l'acide carbonique, de l'azote et de l'hydrogène.

Les auteurs poursuivent leurs recherches dont ils se proposent de faire ressortir les conséquences importantes : nous aurons ainsi à revenir sur cet intéressant sujet.

— Nous retrouvons, à l'Académie de médecine, la suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie.

M. Hardy, sans mériter le reproche de *laudator temporis acti*, a défendu la pratique de ses maîtres, qui connaissaient aussi bien la pleurésie que les cliniciens de nos jours et la traitaient avec non moins de succès. Il résulte, en effet, de la comparaison de deux statistiques relevées par M. Hardy dans les hôpitaux de Paris, l'une de 1861 à 1864, l'autre de 1888 à 1891, que la mortalité moyenne a été la même, soit environ 10 0/0. Il n'y a donc lieu, conclut notre savant collègue, pour les uns comme pour les autres, ni de gémir ni de s'enorgueillir. La pleurésie est d'ailleurs une maladie qui guérit habituellement, quelles que soient les médications qu'on lui oppose.

Est ce une raison pour rester dans l'expectation conseillée par M. Sée ? M. Hardy ne le pense pas, car à côté de la guérison en perspective, il n'est pas indifférent de soulager les malades. C'est cette indication que M. Hardy remplit sagement, au début par les sangsues ou les ventouses scarifiées, plus tard par les vésicatoires.

M. Hardy proteste contre la loi que M. Landouzy a formulée en disant que la pleurésie est fonction de tuberculose. Certes, il ne nie pas les relations fréquentes qui existent entre ces deux états morbides, mais l'opinion de M. Landouzy est exagérée. La pleurésie franche essentielle, *a frigore*, est plus fréquente que ne l'admet ce distingué observateur. Elle est parfois suivie de la tuberculose au même titre que la rougeole, la coqueluche, etc., qu'on ne saurait considérer comme fonctions de tuberculose. On comprend que, dans certains cas, les fausses membranes qui succèdent à la pleurésie, gênent l'ampliation pulmonaire, nuisent à sa nutrition, et préparent ainsi le terrain à une évolution tuberculeuse ultérieure.

Relativement à la thoracentèse, M. Hardy n'admet pas complètement la formule de M. Dieulafoy d'après laquelle l'opération s'impose dès que l'épanchement atteint de 1,600 à 1,800 litres. On risque ainsi de ponctionner la plèvre dans des cas où la pleurésie eût guéri sans intervention. Pour M. Hardy, les meilleurs résultats sont dus au traitement traditionnel auquel on joint la thoracentèse dans des cas bien déterminés.

M. Germain Sée, avons-nous dit plus haut, a appuyé sa nouvelle argumentation pour justifier l'expectation dont il est partisan, sur la théorie développée récemment par M. Metchnikoff relativement au processus de l'inflammation. D'après ce dernier auteur, « l'inflammation doit être envisagée dans son ensemble comme une réaction phagocytaire de l'organisme contre les agents irritatifs, réaction qui tantôt s'accomplit par les phagocytes mobiles seuls, tantôt avec le concours des phagocytes vasculaires ou celui du système nerveux ».

Trois actes ont pour conséquence un afflux considérable de phagocytes vers l'endroit lésé : une dilatation vasculaire, un état actif de l'endothélium vasculaire et une exsudation avec diapédèse.

Il est certain qu'avec une semblable conception du processus inflammatoire on trouve difficilement l'indication d'une médication antiphlogistique. Mais doit-on dès lors se borner à l'expectation où, pour emprunter l'expression à un de nos collègues, à la simple contemplation ? La thérapeutique, en un mot, est-elle complètement impuissante contre le processus dont il s'agit ? Il semblerait que non, d'après les propres déclarations de M. Sée qui a vu, sous l'influence de l'iodure de potassium, augmenter l'afflux et la diapédèse des leucocytes, c'est-à-dire des agents les plus puissants de la phagocytose. Or, ce que l'iodure de potassium a produit dans un cas, d'autres médications sont capables sans doute de le produire ailleurs : c'est ce que de nouvelles recherches nous apprendront peut-être.

En donnant au mot cyclique, non un sens restreint, mais le sens le plus large possible, M. Germain Sée persiste à l'appliquer à la pleurésie, au même titre qu'à la pneumonie, à la fièvre typhoïde. L'évolution de la maladie se fait du quinzième au vingt-deuxième jour et c'est à la seconde période que vient le moment opportun de la thoracentèse. La difficulté d'appré-

(1) Dr F. de Ranse. Du rôle des microzoaires et des microphytes dans la genèse, l'évolution et la propagation des maladies.

cier exactement la quantité de l'épanchement rend la formule de M. Dieulafoy d'une application difficile. Sauf dans les cas urgents (dyspnée bleue et dyspnée blanche), M. Sée attend la fin du cycle morbide et lorsque, après le vingtième jour, l'épanchement reste stationnaire, qu'il soit peu ou très abondant, notre collègue pratique la thoracenthèse, certain alors de ne pas exposer son malade à des récidives.

— La position à donner à un sujet pour l'auscultation du cœur n'est pas indifférente. M. Azoulay en fait connaître une dans laquelle les bruits cardiaques et extra-cardiaques sont à la fois ralentis et s'entendent plus nettement. Elle consiste à faire coucher le malade horizontalement sur le dos, à lui relever fortement la tête au moyen d'un traversin, à maintenir ses bras dans la direction verticale, à soulever les membres inférieurs de 40 à 50° au-dessus du plan du lit. Suivant l'auteur, il arrive ainsi une plus grande masse de sang veineux au cœur droit et le cœur gauche, obligé de surmonter la résistance due à l'élévation des membres, doit effectuer un travail plus considérable. De là ralentissement et renforcement des bruits.

Dr F. DE RANSE.

HYDROLOGIE MÉDICALE

LES EAUX DE RENLAIGUE

Dans un premier article, publié dans la *France médicale*, il y a quelques années, sur les eaux de Renlaigue, après avoir rappelé leur composition chimique, d'après l'analyse officielle du professeur Bouis, de l'École de pharmacie et de l'Académie de médecine, faite en 1872, qui décelait par litre d'eau : 3 gr. 352 de gaz acide carbonique; plus, 0 gr. 42 de bicarbonate de soude; environ 0 gr. 25 de bicarbonate de magnésie; 0 gr. 08 de fer, 0 gr. 45 de chlorures de sodium et de potassium et 0 gr. 06 de silice; me basant sur cette analyse, à la suite de laquelle les eaux de Renlaigue furent approuvées par l'Académie de médecine, j'avais démontré que ces eaux sont gazeuses, alcalines, bicarbonatées, ferrugineuses, chlorurées, et rentrent, comme le disait Gubler, « dans la catégorie de ces eaux martiales complexes éminemment reconstituantes, douées tout à la fois d'une forte proportion de fer carbonaté et d'une notable quantité de soude, de chlorure de sodium et de potassium », auxquelles le regretté professeur de thérapeutique donnait la préférence parmi les eaux ferrugineuses gazeuses, parce qu'elles « joignent à ces deux principes les sels neutres du sérum sanguin». J'avais aussi démontré que les eaux de Renlaigue peuvent soutenir avec tout avantage la comparaison avec les eaux analogues de Spa, Pyrmont, Schwalbach, Orezza, Bussang, Vals (Saint-Jean), etc., car, beaucoup plus chargées que toutes celles-ci en acide carbonique, venant immédiatement après Orezza et avant le Pouhon de Spa comme richesse en fer, elles sont plus alcalines que le Pouhon de Spa, qui l'est à peine, et Orezza, qui ne l'est pas du tout.

Puis, me basant solidement sur les expériences de physiologie thérapeutique de Mialhe, Barthez, Gubler, Rabuteau, Papillon, Claude Bernard, Ch. Richet, etc., et sur les observations cliniques, j'avais démontré l'ensemble des propriétés toniques et reconstituantes des eaux de Renlaigue et leur remarquable efficacité dans les affections caractérisées par une faiblesse générale de l'organisme, suite d'altération ou d'insuffisance de l'hématose, telles que l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, si souvent douloureuse, la dysménorrhée, la grossesse, la convalescence des maladies aiguës, etc.

Enfin, j'avais indiqué les bons effets qu'on retirait des eaux de Renlaigue dans les affections du tube digestif résultant, soit d'un vice de sécrétion des muqueuses de l'estomac, soit d'une diminution des mouvements péristaltiques de cet organe, soit d'une hyperesthésie stomacale, mais sans y insister autrement.

Aujourd'hui que l'usage des eaux de Renlaigue est entré dans la pratique médicale courante, dans presque tous les pays, je voudrais revenir, en insistant d'une manière spéciale, sur leurs propriétés manifestes, comme eaux apéritives et digestives.

Rappelons que ces eaux renferment 3 gr. 352 d'acide carbonique, plus de 0 gr. 42 de bicarbonate de soude, 0 gr. 25 de bicarbonate de magnésie, et que c'est surtout par ces éléments qu'elles agissent comme apéritives et digestives.

Tout le monde sait, en effet, et les physiologistes sont d'accord sur ce point, que l'acide carbonique introduit dans l'estomac à l'état de dissolution aqueuse y provoque, après un effet rafraîchissant et désaltérant, une sensation de chaleur et de bien-être; que, sous son influence, l'appétit est réveillé, la sécrétion salivaire exagérée, de même que la sécrétion du suc gastrique, comme l'ont démontré Claude Bernard et Blondelot; que les contractions péristaltiques de l'estomac et des intestins sont activées en même temps que, d'après Virchow, les mouvements des cils vibratils de la muqueuse sont réveillés et la sensibilité de la muqueuse stomacale diminuée, ce qui facilite singulièrement la digestion.

Tout le monde sait aussi, depuis les expériences de Cl. Bernard et Blondelot, que les bicarbonates alcalins, ingérés à faible dose, se transforment intégralement en chlorures au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, augmentent la sécrétion de ce liquide et concourent par suite à faciliter la digestion et, comme disait Mialhe avec juste raison, activent les combustions organiques.

D'accord, direz-vous, mais les eaux de Renlaigue contiennent du fer et les ferrugineux rendent les digestions lourdes et difficiles. A cela, nous répondrons : oui, les eaux de Renlaigue contiennent du fer, mais elles ne le renferment que dans des proportions (0 gr. 08) que Gubler appelait si justement « eupeptiques » et Claude Bernard a clairement démontré que le fer, dans ces conditions, favorise, au contraire, la digestion et l'absorption.

Donc, nous avons eu raison de dire, jadis, que les eaux de Renlaigue agissent de la façon la plus efficace chez les individus en proie à l'anorexie, dont l'appétit est capricieux; chez ceux qui sont atteints des affections du tube digestif, résultant soit d'un vice de sécrétion des muqueuses de l'estomac, soit d'une diminution des mouvements péristaltiques de cet organe, soit d'une hyperesthésie stomacale.

Nous devons donc en recommander l'usage aux individus qui souffrent de troubles de la digestion, les uns fonctionnels et décrits sous le nom de dyspepsies putrides, caractérisées par l'insuffisance de l'acidité du suc gastrique (que cette insuffisance, commme dit Berlioz, soit due à une altération dans la quantité ou la qualité du suc) qui fait que les aliments se putréfient dans l'estomac, d'où résultent de la gastralgie, des

vomissements, des renvois fétides; les autres, d'origine névralgique (gastralgie, entéralgie) et se traduisant par des symptômes douloureux tels que crampes, pyrosis. Nous devons également les conseiller aux personnes qui sont sujettes à la constipation habituelle, résultant de digestions lentes et incomplètes; à celles qui sont atteintes de catarrhe chronique gastro-intestinal, lié à un état général, avec caractère dépressif comme celles qui font abus des spiritueux; chez celles enfin dont la dyspepsie est liée à des écarts de régime, à du surmenage, ou à l'une des diathèses rhumatismale ou goutteuse. Chez les rhumatisants, elles agissent, en outre, comme tempérantes et rafraîchissantes et, dans la goutte, comme diurétiques légers et toniques.

En résumé, la clinique confirme chaque jour d'une manière éclatante et constante les propriétés apéritives, eupeptiques, digestives, toniques et reconstituantes des eaux de Renlaigue.

Rappelons, en terminant, que les eaux de Renlaigue sont parfaitement claires et limpides, d'un goût frais et piquant très agréable, n'altérant en rien la couleur et le goût du vin, d'autant plus légères à l'estomac et facilement assimilables qu'elles ne contiennent même pas de traces de sulfate de chaux, et qu'on peut, sans la moindre fatigue, sans la moindre irritation des voies digestives, en prolonger l'usage pendant des mois entiers, malgré la présence du fer, grâce à la dose et aux principes minéraux qui entrent dans sa composition; enfin, qu'elles se conservent indéfiniment par suite de l'absence presque absolue des matières organiques et grâce à la présence de la silice.

Dr PAUL LABARTHE.

CORRESPONDANCE

Paris, le 10 mai 1892.

A Monsieur le Directeur de la *Gazette médicale.*

Monsieur le Directeur,

Dans votre numéro du 7 mai 1892, M. Maurice Letulle, guidé par un motif transparent, publie une lettre injurieuse pour la Société que j'ai l'honneur de diriger et pour mon honneur personnel.

Au nom du droit et de l'équité, je viens vous prier de faire savoir, par l'insertion de ma réponse, à vos nombreux lecteurs, qu'il s'est permis de prendre pour juges, que je tiens à la disposition de tout intéressé :

1° Le traité signé M. LETULLE passé avec la Société d'éditions scientifiques, le 20 novembre 1890;

2° Toute la correspondance dudit M. Letulle. Ces deux documents prouveront combien sont erronées les assertions qui nous attaquent, en même temps qu'ils montreront de quel côté se trouvent la bonne foi et la loyauté absolue.

Dans nos archives, existe un bon à tirer *signé Letulle*, ainsi libellé : Guide pratique des sciences médicales publié chaque année sous la direction de M. le Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Est-il en mon pouvoir d'empêcher le public d'appeler ce livre « Guide Letulle », comme il appelle « Dictionnaire Dechambre » le « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales » ?

A mon tour, je dis : M. Letulle fait-il vraiment une manœuvre bien habile, en cherchant à se faire une réputation de farouche puritanisme au détriment d'une jeune société qui, avec loyauté, cinquante auteurs sont disposés à le certifier, poursuit et poursuivra, malgré l'envie, une œuvre utile à tous les travailleurs de la pensée?

Il est faux que j'aie cherché à faire croire que M. Letulle fût le seul auteur du « Guide pratique des sciences médicales » ou qu'il participât aux bénéfices; jamais sa collaboration n'a dû être rétribuée.

Il est faux que M. Letulle : « n'ait fait que présenter les jeunes auteurs, ses amis, écrit-il, pour la plupart, au public médical ». Il a rédigé plusieurs pages lui-même.

Enfin, M. Letulle, qui cite avec tant d'exactitude le traité qu'*il se garde bien de dire avoir signé*, fait preuve d'un singulier défaut de mémoire quand il écrit : « Je ne pouvais rien faire que le poursuivre de mes protestations platoniques, la question *annonces* ne figurant pas dans le traité qui lie mes jeunes collaborateurs » à ce qu'il nomme : la maison Labonne !!!

L'article 5 est ainsi conçu :

« Le bénéfice net des annonces qui peuvent être recueillies pour ladite œuvre sera intégralement partagé par moitié entre les deux parties contractantes qui accepteront ou refuseront les annonces d'un commun accord. »

Chacun sait aujourd'hui que guides, formulaires ou journaux de médecine les plus purs, comportent des annonces. Libre à M. Letulle, qui se montre si chatouilleux sur ce point, de trouver mauvais que notre système de mutualité soit fructueux pour les autres.

Usant donc de mon droit de défense, et sans me laisser arrêter par les broussailles qui encombrent toujours le chemin des innovateurs, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Pour la Société d'éditions scientifiques,

Le directeur,

HENRY LABONNE,

Docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles.

NOTES ET INFORMATIONS

Concours d'agrégation en médecine. — Le ministre de l'Instruction publique s'est prononcé sur la protestation dont le dernier concours d'agrégation en médecine a été l'objet de la part des candidats évincés. Après enquête, et par un arrêté longuement motivé, il a rejeté leur recours et confirmé la décision du jury. En conséquence MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan et Ménétrier sont promus agrégés.

Les protestataires ont deux mois pour se pourvoir devant le Conseil d'Etat. Nous ne savons s'ils useront de ce droit, ni quel pourrait en être le résultat. Mais, quoi qu'il en soit, on ne peut, dans l'intérêt de notre enseignement médical, que déplorer un incident de cet ordre où les questions de personnes ont joué un rôle des plus regrettables.

Accusations contre le service chirurgical de l'hôpital Saint-Louis. — Tout le monde a pu lire, à propos des deux victimes de l'explosion du boulevard Magenta qui ont succombé à leurs blessures, les accusations portées, dans différents journaux politiques, contre le service chirurgical de l'hôpital Saint-Louis.

La question doit être l'objet d'une interpellation devant le Conseil municipal et la lumière se fera à la louange du chef de service, des internes et de l'administration. Nous n'avons donc ici à défendre ni les uns ni les autres. Si nous croyons

devoir dire quelques mots de cette malheureuse affaire, c'est pour signaler à l'indignation du corps médical la conduite du médecin qui use de son diplôme et de ses relations pour se faire ouvrir les portes du service, et répond au bon accueil qu'il a reçu en renchérissant sur les reporters incompétents qui ont imaginé ou répété les accusations dont il s'agit.

Congrès. — Le Congrès de laryngologie et d'otologie a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion, en 1893, les trois questions suivantes :

1° Traitement de la tuberculose laryngée ;

2° Traitement de l'otorrhée ;

3° Traitement des affections des cavités accessoires du nez.

— Un congrès international d'anthropologie criminelle aura lieu du 7 au 14 août prochain à Bruxelles. Parmi les questions mises à l'ordre du jour se trouvent les suivantes :

Existe-t-il un type anatomique spécial du criminel ?

Recherche critique des caractères du criminel de naissance ;

De l'assassinat au point de vue de la race en Europe ;

Du penchant morbide au crime ;

De l'influence de la profession sur la criminalité.

Au nombre des rapporteurs se trouvent MM. Lombroso (Turin), Brouardel (Paris), V. Liszt (Halle), Benedikt (Vienne), Mendel (Berlin), Ferri (Pise).

— Mardi 7 juin prochain, à 2 heures précises, aura lieu à la Sorbonne, l'ouverture du *Congrès des Sociétés savantes*, qui se terminera le samedi 11 juin. Ce dernier jour sera consacré à la séance générale que M. le Ministre de l'instruction publique présidera dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

— Un congrès hispano-américain de médecine et des sciences qui s'y rapportent aura lieu à Madrid, au mois d'octobre prochain, à l'occasion du quatrième centenaire de la découverte de l'Amérique.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Ballet, agrégé, est chargé, du 1er mai au 31 octobre 1892, d'un cours de clinique des maladies de l'encéphale, pendant la durée du congé accordé à M. Ball.

M. Hutinel, agrégé, est chargé, du 1er mai au 31 octobre 1892, d'un cours de clinique des maladies des enfants, pendant la durée du congé accordé à M. Grancher.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le ministre de l'intérieur a décerné : 1° une *médaille de bronze* à M. Trébosc, étudiant en médecine à la Faculté de Montpellier ; 2° une *mention honorable* à MM. Auber et Jaussaud, internes à l'hôpital général de Montpellier, en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours d'une épidémie de suette militaire qui a sévi de novembre 1891 à février 1892 à Puissalicon (Hérault).

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Lortet (de Lyon) et Brouardel (de Paris) ont été élus, par les Facultés de médecine, membres du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fête de l'Ascension. — Billets d'aller et retour à prix réduits.* — La Compagnie P. L. M., voulant faciliter les voyages sur son réseau, à l'occasion de la Fête de l'Ascension, a décidé que les billets d'aller et retour ordinaires prévus par son tarif spécial G. V. n° 2, qui seront délivrés par ses gares les 25, 26 et 27 mai 1892, seront tous indistinctement valables jusqu'aux derniers trains de la journée du lundi 30.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Les billets d'aller et retour délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Chemin de fer d'Orléans. — *Saison thermale : le Mont-Dore, la Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Évaux-les-Bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1892, la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans organise un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Doré et à La Bourboule, et *vice versâ*.

1re classe, 53 fr. 90 — 2e classe, 36 fr. 85 — 3e classe, 23 fr. 75

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris, sans transbordement, en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versa*.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 MAI 1892

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 30. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 22. — Grippe, — Phtisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 40. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 76. — Bronchite aiguë et chronique, 69. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 93. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 212. — Causes inconnues, 9. — Total 1069.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 21 — 21 mai 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL NECKER

SUR UN SIGNE DE LA RÉTROFLEXION ET DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS,

Par le professeur Le Dentu.

(*Leçon recueillie par* M. Pichevin, *chef des travaux gynécologiques.*)

Le diagnostic de la rétrodéviation utérine est d'ordinaire facile : le doigt explorateur trouve le col plus ou moins en avant dans le bassin ; le cul-de-sac antérieur est libre. Par le toucher vaginal et la palpation abdominale, on ne sent pas le corps de la matrice dans sa situation normale, en arrière et au-dessus du pubis. Il suffit de mettre les doigts dans le cul-de-sac postérieur pour sentir une masse arrondie qui n'est autre que le corps utérin. Dans certains cas, il est extrêmement aisé de suivre la portion vaginale de la face postérieure du col, de reconnaître l'angle plus ou moins ouvert en arrière formé par les deux portions de la matrice déviée, et l'on atteint ainsi immédiatement la face postérieure du corps de l'utérus.

La continuité du col avec le corps est parfois tellement nette qu'il ne peut y avoir de doute dans l'esprit de tout médecin ou chirurgien un peu au courant des choses de la gynécologie. Au reste, on peut diagnostiquer à coup sûr la rétrodéviation, quand les mouvements imprimés au col se transmettent nettement à la masse globuleuse qui occupe le cul-de-sac postérieur.

Vient-on à repousser le col de haut en bas et d'avant en arrière, avec l'index par exemple, on sent, avec le médius de la même main placé dans le cul-de-sac postérieur, le corps globuleux et arrondi qui se relève, en même temps que le col se dirige de plus en plus en bas et en arrière. On peut même, dans certaines circonstances, percevoir avec la main abdominale la face antérieure du corps utérin qui se redresse progressivement. On arrive ainsi à mettre en antéflexion ou en antéversion un utérus rétrodévié. Le plus souvent, on peut saisir, entre les doigts vaginaux et les doigts abdominaux, le corps de l'utérus qui subit le mouvement de redressement.

Que si, au contraire, on refoule le col en haut et en avant, on constate que le corps exécute un mouvement inverse et que par suite, la rétrodéviation s'exagère.

Le toucher rectal permet de compléter le diagnostic et fait reconnaître le corps utérin à son volume et à sa forme, surtout quand on a soin d'abaisser l'utérus au moyen d'une traction sur le col.

Nous avons dit, avec tous les auteurs qui se sont occupés des déviations utérines, que l'utérus rétrodévié se présente

---

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. *Archéologie médicale de l'Égypte et de la Judée*. Police des viandes alimentaires, médecine, hygiène ; par le Dr Beugnies-Corbeau, de Givet. In-8, 91 p. ; Liège, 1891. — II. *L'anatomie et la physiologie au XIVe siècle*, par E. Nicaise. In-8, 15 p. ; Coulommiers, 1892. — III. *La maladie et la mort de Louis XV*, bulletin médical rédigé par ses médecins MM. Lemonnier et Lassone, par le Dr MaurIcet. In-8, 12 p. ; Rennes, 1892. — IV. *Des états primitifs de la médecine*, par Alfred Bouchinet. In-4, 88 p. ; Dijon, 1891 (thèse de Paris).

C'est amusant d'écrire et si c'est un métier,
Cela vaut bien celui d'avocat ou portier.

a écrit Alfred de Musset, un vieil ami de ma jeunesse, à qui je ne cessais de répondre : oui, mais c'est bien plus amusant de lire. Et je ne manquais pas de dire : de vous lire, les compliments, avouons-le tout bas, étant les friandises préférées des poètes, surtout des grands. Mais je ne me dédis pas, la Providence a été pour moi d'une bonté inépuisable, je lis beaucoup et je voudrais toujours lire ; et je crois sincèrement la remercier, en racontant quelquefois ce que j'ai lu.

1. — Le petit livre de M. Beugnies-Corbeau est à joindre aux documents analogues publiés par Major, Gintzburger, Levin, Carcassonne, Cohn, Rabbinowicz ; il les complète en plus d'un endroit, grâce à des notes explicatives intéressantes. C'est ainsi que l'auteur fait remarquer « que la caste prolétaire juive était presque exclusivement vouée au végétarisme et à l'icthyophagie, que les castes aristocratiques ou sacerdotales ne mangeaient qu'une viande de bœuf, de chèvre ou de mouton, soumise à un contrôle sanitaire inflexible ». Il y a plus, le Deutéronome et le Lévitique ont soin de désigner les espèces que

sous forme d'un corps globuleux, arrondi, lisse, se continuant en haut avec le col et dont on peut sentir les bords latéraux. Voici ce qu'écrivait Aran : « Dans la rétroversion, le doigt qui sert au toucher arrive dans le cul-de-sac postérieur du vagin et n'y rencontre pas le col, mais bien une surface lisse et arrondie, aux contours latéraux nettement arrêtés. »

Mais différentes circonstances rendent le diagnostic plus malaisé. Lorsque l'utérus est fixé en arrière par des adhérences, sa situation peut devenir obscure. Il est impossible d'imprimer un mouvement de bascule au corps utérin. C'est un élément de certitude que l'on perd. Le diagnostic est encore plus difficile quand le corps utérin, au lieu de se trouver sur la ligne médiane, se trouve plus ou moins dévié à gauche ou à droite. La rétro-latéro-déviation, surtout quand l'utérus est fixé par des exsudats, et chez une femme ayant la paroi abdominale épaisse, peut être une cause d'incertitude et même d'erreur.

Vous savez combien une tumeur fibreuse de la face postérieure de l'utérus peut être facilement confondue avec une rétrodéviation. Si le fibrome est petit et situé sur la ligne médiane, on se trompe très aisément. C'est dans ce cas qu'il faut user de manœuvres compliquées, comme l'abaissement de l'utérus combiné avec le toucher rectal, avec le toucher vaginal et l'hystérométrie.

Il faut signaler aussi comme pouvant donner lieu à une interprétation fausse, la présence soit d'un noyau d'hématocèle rétro-utérine, soit d'une masse de paramétrite postérieure, soit encore d'une tubo-ovarite formant une tumeur plus ou moins arrondie dans le cul de-sac de Douglas.

Dans la majorité des cas de ce genre, on peut, il est vrai, reconnaître l'utérus et s'assurer de son indépendance par rapport à la tuméfaction postérieure ; mais parfois il semble que la masse pathologique fasse suite au col. On devine aisément combien l'erreur est facile, surtout quand le palper abdominal ne permet pas de sentir le corps de l'utérus soit en antédéviation, soit dans une situation moyenne. Enfin, une tumeur assez mobile, occupant le cul-de-sac postérieur et reliée à un utérus petit, atrophié, peut en imposer pour une rétrodéviation.

L'hystérométrie tranche la question dans la très grande majorité des cas. Avec la sonde utérine, on peut acquérir la certitude que la matrice est dirigée en arrière. Il faut savoir cependant que l'hystérométrie peut fournir des renseignements erronés, quand il est manié par des mains inexpérimentées. Ceux qui ont une grande habitude du toucher et du palper combinés ne se servent de la sonde utérine que dans des cas exceptionnels. Quoi qu'il en soit, l'hystérométrie combinée tour à tour à la palpation abdominale, au toucher vaginal, au toucher rectal et aidée de l'abaissement utérin, fournit des renseignements positifs et indiscutables.

Mais l'hystérométrie n'est pas toujours possible.

Bien que dans l'immense majorité des cas il soit facile de faire pénétrer une sonde métallique suffisamment fine jusqu'au fond de la cavité utérine, il n'en est pas moins vrai que, même en s'aidant de la traction sur le col, on peut échouer dans les tentatives de cathétérisme. Il existe tantôt une atrésie, tantôt une coudure brusque, parfois une saillie formée par une tumeur intra-utérine qui empêche de faire l'hystérométrie complète. Ces faits sont exceptionnels, nous en convenons, mais ils existent, il faut donc en tenir compte.

Vous n'ignorez pas que les craintes relatives à la pénétration d'un instrument métallique dans la cavité utérine sont écartées par les précautions dont on s'entoure actuellement. Pour cathétériser avec sécurité la matrice, il faut avoir un peu d'adresse et surtout se conformer rigoureusement aux pratiques minutieuses de l'antisepsie. Celle-ci devra porter sur les mains du chirurgien, sur la vulve et le vagin de la malade, sur le col utérin et enfin sur tous les instruments dont on aura à se servir et en particulier sur l'hystéromètre, qui devra être purgé de tout germe, soit par l'ébullition, soit par la stérilisation à l'étuve.

Pour pratiquer l'hystérométrie, il faut donc une longue préparation. Il faut qu'on ait le temps de stériliser ses instruments et de rendre aseptique le vagin de la malade. Si ces conditions ne peuvent être réalisées, le cathétérisme utérin, en tant qu'exploration du premier jour, doit être rejetée systématiquement. Enfin, tout soupçon de grossesse est une contre-indication absolue à l'hystérométrie. Dans certains cas difficiles, on est donc forcé, dans la pratique, de

---

l'on ne doit pas considérer comme alimentaires ; sont exclus de cette catégorie les viandes des fauves, et les orfraies, vautours, corbeaux, chouettes, hiboux, etc., qui ne figurent point encore de nos jours sur le menu de nos dîners. L'on sait depuis longtemps d'ailleurs que les livres de Moscheh, que nous appelons Moïse, renferment un code d'hygiène très complet pour son temps, les quelques erreurs grossières qu'il contient étant dues à des difficultés de traduction.

Les lésions diverses qui rendent impure la chair des animaux témoignent de connaissances anatomiques étendues. Les rabbins faisaient des dissections de cadavres humains et les vétérinaires du temps pratiquaient avec succès l'ovariotomie chez la vache. Les médecins israélites employaient certaines plantes anesthésiques dans les grandes opérations chirurgicales. Enfin, la lèpre et la blennorrhagie étaient bien connus d'eux ; ils traitèrent les lépreux avec douceur et on doit les ranger parmi les anticontagionnistes ; quant à la blennorrhagie, la plupart des commentateurs, jusqu'à ces derniers temps, la reconnaissaient bien dans les livres mosaïques ; seul, M. Rabbinowicz a émis quelques doutes et pencherait pour la spermatorrhée. La génération, l'hygiène individuelle, celle de la maison sont bien traitées dans les livres hébreux ; nous y remarquons plus d'un détail piquant, le spéculum employé surtout en médecine légale par les médecins juifs a reçu des Arabes le nom pittoresque, comme dit M. Beugnies-Corbeau, de *zub el beylik*, pénis du gouvernement !

II. — La note de M. Nicaise est le résumé des principales notions d'anatomie et de physiologie éparses dans les livres des anciens et que l'auteur regarde, avec raison, comme indispensables à l'intelligence de ces livres et à la compréhension des doctrines médicales d'alors. Les premières connaissances anatomiques sont dues, sans doute, aux prêtres et sacrificateurs grecs et romains, obligés d'ouvrir les corps des animaux ; elles étaient bornées à l'animal même. Galien n'avait disséqué que des singes, et l'on contestait que Hérophile et

remettre à une seconde séance, l'introduction du cathéter dans l'utérus.

Or, il est souvent utile, sinon urgent, de porter un diagnostic immédiat, dès le premier examen.

N'existerait-il pas un signe permettant, du moins le plus ordinairement, de se passer du cathétérisme utérin? Nous le pensons.

Depuis plusieurs années, nous nous sommes habitué à reconnaître l'existence de la rétrodéviation par la recherche, au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus. C'est en nous basant sur cette notion d'anatomie normale que nous avons pu, en maintes circonstances, diagnostiquer dès le premier examen, au simple toucher vaginal, soit une rétroversion soit une rétroflexion de la matrice.

Voici, tout d'abord, quelques extraits qui prouvent que les anatomistes ont fait une description très nette de cette crête utérine.

Dans Meckel (1) on lit ce qui suit : « La face antérieure et la face postérieure de la matrice sont fortement bombées, la seconde plus toutefois que la première, de manière que, surtout dans les premiers temps de la vie, on peut admettre deux faces latérales postérieures qui se réunissent à angle obtus sur la ligne médiane ».

Huschke écrit : « Les faces, l'une antérieure, l'autre postérieure, sont toutes deux convexes d'un côté à l'autre, la postérieure plus cependant que l'antérieure, de manière qu'on peut quelquefois distinguer deux faces latérales qui se réunissent à angle obtus sur la ligne médiane ».

Cruveilhier, dans son anatomie, ne signale pas cette particularité.

Richet a constaté que la face postérieure, convexe dans les deux sens transversal et longitudinal, offre souvent sur la ligne médiane une sorte d'arête vive et saillante qui la parcourt du bord supérieur à l'insertion du vagin.

La face postérieure de l'utérus, d'après Sappey, est plus convexe que l'antérieure. Elle présente sur sa partie médiane une crête mousse qui la partage en deux facettes symétriques inclinées, l'une à droite, l'autre à gauche, et qui se termine inférieurement au niveau de l'attache des ligaments utéro-sacrés.

Courty, dans son Traité, décrit une ligne saillante descendant tout le long de la ligne médiane.

Charpentier s'exprime en des termes à peu près identiques.

Bref, au point de vue anatomique, la crête médiane postérieure est admise par les auteurs modernes, tantôt comme une disposition constante, tantôt comme une disposition fréquente.

Les gynécologistes ont-ils tiré parti de cette particularité anatomique dans le diagnostic des rétro-déviations? Nos recherches, bien qu'elles soient assez étendues, nous permettent de répondre par la négative. Il se peut que ce signe soit donné quelque part, mais il nous a été impossible d'en trouver la moindre trace dans les nombreuses publications que nous avons consultées. Qu'il nous suffise de citer les ouvrages de Boivin et Dugés, Colombat, Aran, Valleix, Nonat, Bernutz, Courty, Churchill, Sims, Schrœder, Barnes, G. Thomas, Emmet, Lombe Attbil, Demarquay et Saint-Vel, Martineau, Scanzoni, West. Les articles des dictionnaires sont muets sur ce sujet. Pozzi, dans son livre récent, ne parle pas de la recherche de la crête utérine postérieure, comme signe de la rétro-déviation. Nous pouvons en dire autant du remarquable Traité des déviations utérines de Schultze.

Il nous est donc permis d'affirmer, sans beaucoup de risques de nous tromper, que ce signe, tiré d'une donnée d'anatomie normale, n'est pas connu.

Voici comment on arrive à bien le reconnaître :

Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

En suivant cette crête avec le doigt, on peut dans cer-

(1) *Manuel d'anatomie*, T. III, p. 602. Edit. franç.

Erosistrate eussent disséqué, à la dérobée, quelques cadavres humains. L'anatomie ne fit aucun progrès pendant le moyen âge, bien que dès le commencement du XIVe siècle on l'ait enseignée théoriquement, à l'aide d'Avicenne. Puis, à cette époque, une dissection était un événement auquel assistaient comme invités les grands seigneurs. Le travail de M. Nicaise est évidemment le canevas d'un chapitre intéressant dont il a les matériaux entre les mains.

III. — Louis XV est-il mort de la petite vérole ou de la *grosse*? pour parler le langage du temps ! D'après Voltaire, le roi allant à la chasse aurait rencontré le cercueil d'une enfant morte de la petite vérole, il se serait approché et aurait été frappé par la maladie. D'après les chroniqueurs et les historiens modernes, il se serait contagionné après des rapports avec la fille d'un meunier, et la maladie se serait compliquée d'accidents syphilitiques dont il était atteint depuis longtemps. Mon confrère M. Corlieu, dans ses *Études historiques sur la mort des rois de France*, se borne à invoquer la variole classique, comme la cause de la mort de Louis XV, et M. Mauricet a eu la bonne chance de trouver aux archives départementales du Morbihan le bulletin médical redigé par Lemonnier et Lassone, qui prouve bien que M. Corlieu a raison. Notre excellent confrère, de Vannes ajoute un détail typique. La population parisienne fut peu impressionnée par la mort du roi : c'est l'*Iphigénie* de Gluck, qui était le succès du jour!

III. — La thèse de M. Bouchinet est intéressante, avec quelques idées originales. Pour lui, les états primitifs de la médecine sont les suivants :

1° Il y a chez les animaux un instinct qui les porte à se soigner eux-mêmes et plus rarement à se secourir entre eux ; germe de ce qui deviendra la médecine sentimentale chez l'homme.

2° Sentiment des premiers hommes devant la maladie. Union inséparable des idées médicales et des idées religieuses

tains cas reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro-latéro-déviation; on peut établir une topographie exacte des productions pathologiques, situées parfois soit d'un côté; soit des deux côtés de la matrice rétro-déviée.

La crête médiane utérine est-elle constante? La sent-on nettement dans tous les cas de rétro-déviation? La perçoit-on mieux dans la rétroflexion que dans la rétroversion? A quel âge de la femme cette saillie est-elle surtout sensible au doigt explorateur?

Nous ne sommes pas encore en mesure de répondre d'une façon définitive et précise à ces différentes questions. Ce que nous pouvons affirmer déjà, c'est que nous avons constaté, le plus souvent, la crête médiane postérieure, l'angle dièdre de la face postérieure de l'utérus, dans les nombreux cas de rétro-déviation que nous avons eu à diagnostiquer.

Des recherches ultérieures anatomiques et cliniques nous permettront de déterminer avec plus de certitude la valeur réelle de ce nouveau signe. Nous pouvons déjà déduire de nos observations que, lorsqu'il existe, il simplifie singulièrement le diagnostic. C'est pourquoi il nous a paru digne d'être mis en relief. S'il était démontré ultérieurement qu'il est constant, il tirerait naturellement de cette démonstration une importance indéniable.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT ÉLOI DE MONTPELLIER. — SERVICE DU PROFESSEUR DUBREUIL.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DES MEMBRES.

J'ai déjà, Messieurs, appelé plusieurs fois votre attention sur le traitement des fractures et surtout sur les moyens de diminuer la durée de l'impotence fonctionnelle du membre fracturé.

Quant aux appareils, il en est incontestablement de meilleurs les uns que les autres, mais il n'en est aucun, on peut le dire, qui doive invariablement réussir dans tous les cas. Aussi faut-il savoir choisir celui qui s'adapte le mieux dans telle ou telle circonstance.

La période de temps pendant laquelle le membre doit être soumis au traitement varie suivant l'os fracturé, suivant la nature de la fracture, et enfin suivant les conditions générales d'âge et de santé du patient.

La vitalité plus grande des os dans le jeune âge permet une consolidation plus rapide. Un bon état général, une constitution exempte de tares diathésiques constituent des conditions favorables pour une prompte soudure.

Il est donc une série de circonstances qui font varier dans des limites parfois fort étendues le temps nécessaire à la consolidation. Ici, Messieurs, nous devons d'abord nous poser une question: quand peut on dire qu'une fracture est consolidée? Je n'ai pas à passer en revue les différentes théories de la formation du cal, je vous ferai cependant observer en passant qu'au lit du malade, la théorie de Dupuytren (cal provisoire, cal définitif) est parfaitement acceptable.

Pour le chirurgien, quel que soit le mode intime de réunion osseuse, la fracture doit être considérée comme guérie lorsque le malade peut, sans danger prévu, commencer à se servir de son membre. Je dis commencer, car la récupération de l'intégralité des fonctions exige quelquefois un temps très long.

Je n'ai pas besoin, j'imagine, de vous faire observer qu'il y a grand avantage à abréger, autant que faire se peut, la période clinique de formation du cal.

Voyons quels sont les moyens qui peuvent servir à diminuer la lenteur de la réparation osseuse. Une première condition, et elle est, je crois, fort importante, consiste à ne pas emprisonner le membre dans un appareil constricteur. L'appareil de Scultet, par exemple, qui est évidemment fort utile au point de vue du maintien des fragments, a par contre, quelques inconvénients sous le rapport de la rapidité de la consolidation.

L'idéal serait de laisser le membre soustrait à toute compression capable de diminuer la nutrition. Il semble par contre qu'une certaine entrave apportée à la circulation veineuse en retour facilite la consolidation.

Telle est du moins l'explication fournie par Helferich à l'appui de la pratique qu'il préconise pour les fractures dans lesquelles la consolidation subit un retard, pratique qui consiste à étreindre le membre au-dessus de la fracture avec un tube élastique. Helferich serre assez fortement le tube et l'applique d'une façon intermittente.

Il pense que la stase du sang veineux qui se produit sous l'influence de cette constriction est la cause à laquelle est due l'activité imprimée à une réparation languissante.

J'ai eu, pour ma part, plusieurs fois recours à cette méthode pour des fractures dans lesquelles la consolidation était en retard, et je puis vous certifier que ce moyen ne m'a encore jamais fait défaut. Je modifie légèrement le procédé de l'auteur en ce sens qu'au lieu de serrer fortement et de faire des applications de peu de durée, je serre moins fort et je laisse le lien en permanence. Voyant que, dans les fractures à consolidation retardée, j'arrivais ainsi à obtenir une consolidation que j'avais jusque-là vainement poursuivie, je me suis demandé si, d'une façon générale, en appliquant le tube élastique de prime abord, je n'arriverais pas à diminuer la durée du temps nécessaire à la consolidation. Mes espérances se sont réalisées, et doré-

chez les tribus sauvages actuelles et chez les anciens peuples.

3° Fétichisme. Part prépondérante des croyances sur l'empirisme naissant.

4° Caractère spécial de la primitive chirurgie. Traitement empirique et non religieux des fractures et des plaies.

5° Premiers médecins: féticheurs, devins, prêtres, leur recrutement, leur caractère, leur situation.

6° Introduction de l'esprit scientifique dans la médecine.

Je le répète, il y a de l'originalité dans cette étude, l'auteur pourra faire de sa thèse un bon volume après avoir développé les divers chapitres qu'elle contient. Les procédés empiriques, les remèdes populaires fourniraient, pour le dire en passant, une contribution importante à l'histoire des peuples; mais je placerais les affections chirurgicales et leur traitement avant les maladies du ressort de la médecine interne. En résumé, bonne thèse.

Dr A. DUREAU.

navant, de parti pris, dans les fractures des membres, j'applique toujours, le tube d'Esmarch.

Un autre point important dans le traitement des fractures, c'est de laisser, autant que faire se peut, les articulations des membres fracturés jouir d'une certaine liberté, qui, bien entendu, ne doit pas être portée au point de compromettre la fixité relative des fragments l'un sur l'autre. Lorsque l'appareil à fracture est enlevé, si les articulations sont restées longtemps immobilisées, les raideurs articulaires gênent notablement les fonctions du membre.

Vous m'avez vu récemment mettre en pratique les préceptes que je viens de vous signaler et vous avez pu constater qu'en somme leur application avait produit un résultat favorable. Je veux vous parler de ce terrassier âgé de 43 ans qui, surpris par un éboulement, avait eu une fracture du fémur gauche à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur et une fracture bélicoïdale du tibia droit avec solution de continuité du péroné à la partie supérieure. La fracture du fémur a été traitée par l'application de l'appareil d'Hennequin pendant quinze jours, puis comme la cravate qui sert à fixer le poids extenseur, comprimait trop fortement la peau du creux poplité, j'ai mis purement et simplement le membre dans l'extension, sans appareil autre que des bandelettes de diachylon fixées sur la jambe et donnant attache à la corde qui, après avoir passé sur la poulie, supportait le poids. Au bout de huit jours, les bandelettes de diachylon ont été supprimées et le membre a été abandonné à lui même. De plus, à partir du huitième jour après l'accident, j'avais placé sur les deux cuisses du malade un tube d'Esmarch modérément serré et laissé en permanence jusqu'au jour où j'ai fait pour la première fois descendre le patient de son lit.

Quant à la fracture de la jambe droite, elle a été traitée par l'application de quatre attelles plâtrées (antérieure, postérieure, interne, externe) fixées par des bandelettes de diachylon. Cet appareil est resté douze jours en place et au bout de ce temps, a été enlevé. Je crois que les fractures voisines des articulations se consolident plus vite que celles des diaphyses, en raison, sans doute, de la vascularisation plus abondante des os à ce niveau.

La pointe du fragment supérieur, qui se trouve en dedans, fait incontestablement une saillie très appréciable, mais qui ne menace nullement la peau.

Le quarante-troisième jour après l'accident, j'ai fait lever le malade avec des béquilles ; au moment où il est descendu de son lit, et avant qu'il s'appuyât sur les béquilles nous avons pu voir qu'il se tenait parfaitement debout, sans secours étranger. Avec les béquilles, il a pu marcher très facilement. Ceci vous prouve, Messieurs, que grâce à quelques soins spéciaux, il est très facile d'abréger notablement la durée de l'impotence fonctionnelle qu'entraînent les fractures des membres, puisque le quarante-troisième jour nous avons pu faire lever et marcher un malade qui était entré dans nos salles avec une fracture du fémur d'un côté et une fracture de jambe de l'autre côté.

REVUE DES JOURNAUX

LA MÉDICATION ARSENICALE DANS LE TRAITEMENT DU LYMPHOSARCOME

Depuis que Billroth (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1871, n° 44) a fait connaître les résultats favorables que lui avait donnés la médication arsenicale dans le traitement des *lymphomes* malins, des tumeurs ganglionnaires qu'on voit survenir dans les cas de pseudo-leucémie, un grand nombre d'observations concordantes ont été publiées par différents auteurs.

D'autre part on en est venu à expérimenter la même médication dans les cas de *lymphosarcomes*, de sarcomes des ganglions lymphatiques, sans succès d'ailleurs. Cette divergence des résultats obtenus dans les deux cas justifie la distinction établie par Billroth et Winiwarter entre les lymphomes malins et les lymphosarcomes, la lésion, dans le premier cas, ne franchissant pas les limites de l'organe primitivement atteint, tandis que dans le second cas elle envahit les tissus avoisinants, et pousse des foyers métastatiques.

Une observation récente, publiée par E. Romberg (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 19, p. 419) montre que dans un cas de lymphosarcome vrai, la médication arsenicale peut faire fondre une partie des néoplasmes, sans exercer d'ailleurs la moindre influence sur l'état général, sur la cachexie à laquelle les malades succombent tôt ou tard. Eu égard à ce résultat partiel, ce cas est à rapprocher d'un autre publié jadis par Koebel (*Brun's Beitræge zur Klin Chirurgie*, 1887, t. II) relatif à un exemple de sarcomatose étendue de la peau, où la guérison a été obtenue à la suite d'injections sous-cutanées d'arsenic.

Voici la relation du cas de M. Romberg :

Ouvrier âgé de 29 ans, d'une bonne santé antérieure, a été pris de troubles dyspnéiques six mois avant son entrée à l'hôpital. Peu de temps après, il s'est aperçu de l'apparition de nodosités douloureuses à la poitrine. Depuis trois mois il avait de l'épiphora, du strabisme ; pas de diplopie. Depuis quinze jours, tuméfaction des jambes, qui étaient devenues le siège de nodosités semblables à celles de la région thoracique. Dans l'intervalle la dyspnée s'était exaspérée au point que, depuis deux semaines, le malade ne pouvait plus supporter le décubitus horizontal ; insomnie. Depuis le début de sa maladie, le sujet avait beaucoup maigri.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, très pâle, très amaigri. Léger stridor, à l'expiration et à l'inspiration, légère cyanose.

Aux membres inférieurs, œdème très prononcé. Diverses régions du corps étaient occupées par des nodosités arrondies, fermes, indolentes, les unes adhérentes à la peau, les autres mobiles sous le derme. Le mamelon gauche était soulevé par une tumeur de cette nature, du volume d'une noix. Des nodosités semblables, de mêmes dimensions, siégeaient à droite du mamelon gauche, deux autres au niveau du bord inférieur du grand pectoral, etc. etc. En outre les ganglions de l'aisselle gauche et ceux des deux aines étaient engorgés.

Parésie faciale gauche complète, sans participation du voile du palais, sans troubles de la gustation, et due sans doute à une compression du facial par une tumeur ganglionnaire, située près du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Léger œdème des paupières à gauche ; globe oculaire refoulé un peu en dedans et en bas. Pas de parésie de l'oculo-moteur

externe. Dans l'angle supérieur et externe de l'orbite, masse résistante, arrondie, d'environ 1/2 centim. de diamètre.

Épanchement pleural volumineux, à gauche. Une ponction pratiquée au niveau du cinquième espace intercostal, sur la ligne axillaire, donne issue à 1.600 cc. d'une sérosité fortement hémorrhagique.

Le diagnostic n'était pas douteux; il s'agissait d'un cas de sarcomatose extraordinairement disséminée, avec métastases multiples, le foyer originel étant constitué vraisemblablement par une tumeur intra-thoracique, par un lymphosarcome du médiastin.

La ponction avait beaucoup soulagé le malade, de plus elle avait rendu possible l'exploration de l'abdomen. On pouvait constater la présence, immédiatement en dehors de la ligne mamillaire droite, de deux tumeurs mobiles, du volume d'une cerise, qui n'avaient pas de connexions directes avec le foie. A gauche, le bord inférieur du foie se continuait directement avec une tumeur qui semblait faire corps avec la rate. Deux autres tumeurs étaient situées immédiatement au-dessus des ligaments de Poupart. L'examen du sang a donné des résultats normaux.

A partir du 28 octobre on a soumis le malade à un traitement par l'arsenic, en commençant par 15 gouttes d'une solution d'arsénite de potasse et d'eau de menthe poivrée (parties égales), et à doses lentement mais progressivement croissantes. Jusqu'au 10 novembre l'état général alla en s'aggravant; la dyspnée était redevenue considérable, par moments le malade avait du délire et des hallucinations. On associa au traitement arsenical l'administration interne de l'extrait fluide de quebracho, et de la morphine. Dans l'intervalle une paralysie de l'oculo-moteur externe droit était survenue. L'épanchement pleural s'était reformé. La quantité d'urines des vingt-quatre heures se maintenait entre 400 et 900 cc., par moments l'urine contenait de petites quantités d'albumine.

Tandis que l'état général allait en s'aggravant dans la suite, une partie des nodosités superficielles avaient disparu du 3 au 18 novembre. Jusqu'à cette date, le malade avait absorbé 206 gouttes de solution d'arsénite de potasse, équivalant à 0 gr. 103 d'acide arsénieux.

Le 27 novembre, on fit une seconde ponction de l'épanchement pleural, et on évacua 1.000 cc. d'un liquide un peu moins hémorrhagique que celui évacué la première fois. Le 5 décembre le malade succombait aux progrès de la cachexie.

L'autopsie, pratiquée par le professeur Birch-Hirschfeld, a confirmé l'exactitude du diagnostic: le médiastin antérieur logeait un sarcome à petites cellules arrondies réalisant les caractères histologiques du lymphosarcome et qui se continuait dans les organes avoisinants. En fait de foyers métastatiques cutanés on n'a plus retrouvé qu'une tuméfaction mal circonscrite du sillon axillaire du côté droit; des nodosités qu'on avait constatées précédemment il ne restait plus de traces. Nul doute, conclut l'auteur que la rapide disparition de ces foyers métastatiques cutanés ne soit imputable à la médication arsenicale. M. Romberg s'est demandé pourquoi les foyers cutanés avaient été seuls à disparaître, alors qu'ils étaient de date plus ancienne que les tumeurs lymphatiques et postérieures en date à la tumeur du médiastin.

En fait d'autres lésions constatées à l'autopsie nous relèverons une tuméfaction considérable de la rate, une hyperplasie des amygdales, des foyers récents d'infarctus dans les reins, une hydrocéphalie interne.

Le professeur Curschmann, qui a fait de ce cas l'objet d'une présentation clinique, a insisté sur la difficulté d'établir une ligne de démarcation très nette entre le lymphome malin et le lymphosarcome, et de définir d'une façon bien précise la pseudo-leucémie. Aussi le cas en question, qui était, à n'en pas douter, un exemple de lymphosarcome, se rapprochait des lymphomes malins par certains caractères tels que l'augmentation de volume de la rate, l'hypertrophie des amygdales, l'influence salutaire de la médication arsenicale sur les foyers métastatiques cutanés.

E. Ricklin.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*Suite.*)

Voies urinaires.

M. Ch. Monod (Paris) rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'une chute, présenta tous les signes d'une contusion rénale, et, quelques jours après, au niveau du flanc, une masse fluctuante avec réaction grave abdominale. Ponction suivie de deux autres, le liquide se reformant rapidement. Guérison.

Dans les 20 cas analogues réunis par M. Monod, le traumatisme de la région lombo-abdominale a été suivi d'une hématurie non constante, légère, transitoire; puis, après guérison apparente, de la formation d'une tumeur volumineuse contenant un liquide riche en urée que l'urine, mais ayant ses autres caractères; cette tumeur ne détermine de réaction ni locale ni générale et finit par disparaître d'elle-même après une ou plusieurs ponctions.

Comment expliquer ces faits?

On a pensé à une « *hydronéphrose traumatique* »; un caillot sanguin obstruant l'uretère, il se développe au-dessus de lui une hydronéphrose. Mais, d'une part, l'hématurie n'est pas constante, et quand elle existe, elle est légère; d'autre part, un caillot dans l'uretère détermine de vives douleurs qui manquent dans l'espèce; enfin l'hydronéphrose en général se développe surtout quand l'obstruction de l'uretère est incomplète. Aussi Ch. Monod, sans rejeter absolument l'hydronéphrose traumatique pense-t-il qu'il faut chercher ailleurs l'explication de la majorité des cas. Il doit exister une solution de continuité dans le rein ou son canal excréteur. Une telle lésion du rein s'accompagnerait d'hémorrhagie; or le liquide épanché est toujours limpide; il faut donc, en définitive, s'en rapporter à l'opinion émise par Stanley, Poland, Tuffier, etc., qui rattachent l'épanchement à la rupture de l'uretère, rupture partielle qui, ne permettant qu'une issue modérée d'une urine aseptique dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, ne détermine aucune réaction inflammatoire. L'urine sortant goutte à goutte, ainsi se trouve expliquée la lenteur avec laquelle se forme la collection. La fissure de l'uretère finit par se fermer et la guérison a lieu.

Il sera donc indiqué, dans ces cas, de s'abstenir de procéder hâtivement à l'ablation du rein, à moins que la guérison tardant et la fistule devenant persistante, ce soit là le seul moyen de salut.

Dans un cas analogue à ceux dont parle M. Monod, M. Roux (Lausanne) a dû pratiquer plusieurs incisions et a trouvé nageant dans un liquide abondant et ressemblant à l'urine une masse gélatineuse composée de tubes du rein. Le rein avait donc été broyé. Il pense donc que l'écrasement de cet organe

trouve sa place dans l'étiologie de ces collections. M. Monod lui répond qu'il accepte cette manière de voir et que l'écrasement du rein lui semble même expliquer beaucoup mieux les faits que la déchirure de l'uretère. Mais il n'en connaissait pas de cas anthentique avant celui de M. Roux.

— Quand il existe une rétention d'urine complète d'origine prostatique, qu'il est nécessaire de faire des sondages douloureux, répétés et laissant toujours la porte ouverte aux accidents infectieux, M. Poncet (Lyon) propose de pratiquer la *cystotomie sus-pubienne*, le malade étant couché en position déclive, la tête en bas. La blessure du péritoine, pendant l'opération, n'est pas à craindre; et la vessie est suturée avec soin aux bords de la plaie abdominale, afin d'éviter les phlegmons urinaires.

La fonction du nouvel uréthre contre nature se régularise; au bout de peu de temps, la vessie devient continente. Comme les résultats favorables en sont évidents et que sur 35 cystotomies M. Poncet n'a observé ni péritonite ni infiltration urineuse, il considère cette opération comme utile et innocente.

— MM. J. Bœckel (Strasbourg) et Auffret (Brest) rapportent le premier un cas où il a extrait par la taille sus-pubienne deux calculs vésicaux pesant 382 grammes, les plus volumineux qui aient été extraits sur le vivant; le second, une observation d'épispadias chez la femme dont il a commencé le traitement chirurgical par un premier temps; il accomplira le second quand les résultats favorables, déjà accusés, se seront suffisamment affirmés.

— A propos des trépanations chaque jour plus nombreuses entreprises à la suite des recherches nouvelles sur les localisations cérébrales, dans l'épilepsie partielle, M. Gilles de la Tourette pense que dans certains cas, où les interventions ont été infructueuses, le chirurgien s'est trouvé en présence de l'épilepsie partielle d'origine hystérique, qui, cliniquement, est souvent très difficile à différencier de l'épilepsie partielle organique. M. Gilles de la Tourette indique un moyen d'éviter l'erreur. L'accès d'épilepsie partielle organique se juge par une augmentation considérable du taux du résidu fixe de l'urée et des phosphates; dans l'épilepsie partielle hystérique, on observe juste le contraire.

En s'en tenant à l'urée des vingt-quatre heures, on sera autorisé à trépaner quand la moyenne normale de 25 grammes sera dépassée d'environ 20 grammes; on s'abstiendra au contraire quand le taux de l'urée sera de 10 à 15 grammes moindre que la normale. Aussi est-il nécessaire, avant de trépaner le malade, de pratiquer l'examen des urines.

— M. F. Legueu (de Paris) entre dans quelques détails sur la *suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant*, et M. Reblaud (Paris) communique cinq observations de grossesse au cinquième ou sixième mois, dans lesquelles des phénomènes dus en apparence à la cystite gravidique appartenaient en réalité à une pyélonéphrite du rein droit, la vessie étant parfaitement saine.

M. Guyon. La *résection partielle de l'urètre* est le procédé de choix, tout au moins pour les rétrécissements traumatiques. Les ruptures de l'urètre, en effet, ont pour lieu de prédilection la paroi inférieure; après résection les bouts se rétractent, mais c'est au profit de la largeur du calibre; presque jamais il n'y a d'obstacle à l'affrontement par suture directe. La restauration du canal peut être faite avec les parties molles du périnée. La suture du périnée au-dessous de l'urètre non suturé directement est, en somme, une bonne méthode, à la condition qu'on ait une réunion immédiate totale et complète; si donc, dans les ruptures de l'urètre, on ne peut unir directement les deux bouts, il n'y a pas grand inconvénient.

M. Albarran a pratiqué 6 *résections de l'urètre* avec de bons résultats; le résultat se maintient depuis six mois et même dix mois.

M. Delorme (Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un soldat qui se fit une *rupture urétrale* dans un accident de bicyclette; M. Delorme fit l'urétrotomie externe, le curage du foyer purulent; sonde à demeure pendant dix jours; au bout d'un mois cathétérisme avec des Béniqué. Il y a aujourd'hui sept mois de cela, et pas trace de rétrécissement.

— M. Janet. On peut faire *avorter la blennorhagie* de la manière suivante : à l'infection primitive par les gonocoques, on oppose les lavages répétés de l'urètre antérieur avec le permanganate de potasse en solution variant de 1/1.000 à 1/4.000. Les trois premiers lavages ont lieu toutes les cinq heures, les autres toutes les douze heures. On s'assure de la disparition des gonocoques en faisant une injection de nitrate d'argent à 1/100, qui fait abondamment repulluler les gonocoques latents. Si ce phénomène se produit, on revient au permanganate. Aux infections secondaires, on oppose le sublimé en lavage de 1/20.000 à 1/10.000. Aux urétrites aseptiques, le nitrate d'argent de 1/2.000 à 1/500 dans les cas subaigus et en instillations de 1/100 à 1/30 dans les cas torpides.

— M. Phocas (Lille) a dépouillé 30 observations de *tumeurs de la vessie* chez l'enfant; les malignes sont plus fréquentes que les bénignes; l'hématurie rare. Chez les filles, la tumeur fait saillie à la vulve et rend facile le diagnostic plus compliqué chez les garçons.

— M. Albarran et Legueu. Après la ligature aseptique complète de l'uretère, il y a une atrophie rénale, mais cette atrophie est consécutive à une *hydronéphrose*, contrairement à ce qu'il est classiqué de dire. Les hydronéphroses ouvertes marchent plus lentement, mais arrivent à un volume beaucoup plus considérable que les hydronéphroses fermées. L'urètre, dans les hydronéphroses, se dilate et se fléchit; il faut savoir distinguer cette courbure secondaire des courbures primitives, dues à un rein mobile, et gênant le cours normal de l'urine.

— M. Desnos (Paris) a pratiqué la *néphrotomie par anurie calculeuse* chez un homme de 54 ans. La néphrotomie offre peu de risques opératoires en comparaison des dangers auxquels exposent les accidents urémiques. L'opération doit être précoce; le délai de cinq jours admis généralement aujourd'hui est peut-être exagéré.

— M. Danion (Paris) a traité avec succès 9 cas d'*incontinence d'urine par l'électrothérapie*, applications faradiques (chocs et tétanisation) sur le col et la portion membraneuse de l'urèthre.

Os et articulations

M. Lannelongue est revenu sur la *Méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses*; il en a été rendu compte dans la *Gazette médicale* et dans la *Revue générale*, nous n'y reviendrons pas. Cette méthode a été employée dans divers cas que communiquent MM. Coudray (Paris), Dubois (Cambrai), Ménard (Berck). M. Coudray a utilisé cette méthode dans 60 cas environ de tuberculoses chirurgicales diverses (grandes articulations, adénites tuberculeuses, ostéites du pied et des doigts, maux de Pott) avec des résultats très satisfaisants qui ont confirmé les vues de M. Lannelongue sur le rôle du tissu nouveau s'opposant aux auto-inoculations à distance, sur la dis-

parition des bacilles, sur l'encapsulement du néoplasme tuberculeux et des bacilles, ce qui pourrait expliquer l'apparition d'abcès tardifs.

M. Coudray a cherché également à se servir des injections de chlorure de zinc dans certaines affections dans lesquelles les surfaces articulaires manquent de liens normaux, comme dans la luxation congénitale de la hanche, et il cite l'observation d'une petite fille de 3 ans qu'il a commencé à traiter il y a cinq mois et qui marche un peu maintenant, les déplacements de la tête fémorale n'étant plus que de un centimètre au lieu de trois. L'auteur a observé la rétraction de tumeurs malignes par ces injections; quant aux ganglions secondaires, il est bien difficile de les circonscrire.

M. Ménard, dans un cas de retard de consolidation dans une fracture compliquée de jambe datant de cinq mois, fracture située à six centimètres au-dessous du genou, a traité la pseudarthrose par des injections interstitielles de la solution de chlorure de zinc au dixième; il a été pratiqué huit piqûres sur les faces externe et postérieure du tibia et dans l'intervalle même des deux fragments de cet os. Quinze jours après cette injection, le foyer de la fracture était le siège d'un cal déjà solide et au bout d'un mois, le malade commençait à marcher. Le résultat est d'autant plus intéressant qu'une arthrite tuberculeuse du genou avait déterminé de l'atrophie des os de la jambe et que le tibia était réduit au tiers de son volume normal.

M. Ménard en conclut justement que les injections de chlorure de zinc représentent un moyen de traitement des retards de consolidation et des pseudarthroses.

— MM. Ollier (Lyon) et Championnière (Paris) échangent quelques remarques sur la résection du genou et sur la nécessité de pratiquer la suture osseuse dans ces cas. Pour éviter l'élimination tardive du fil dans la suture perdue, M. Ollier a inventé un procédé spécial de suture tubulée qui permet l'ablation aisée du fil. M. de Saboïa (Rio-de-Janeiro) a fait deux résections du genou avec résultats heureux, dont il déduit des considérations générales sur le pronostic actuel de cette opération. M. Phocas a pratiqué 33 fois l'ostéoclasie manuelle sur 18 individus de 2 à 6 ans; il a obtenu 29 succès contre quatre résultats incomplets. Il pense que c'est là une opération à conserver dans le genu-valgum des enfants comme une méthode intermédiaire au traitement orthopédique et à l'ostéotomie. Tout en reconnaissant la valeur de l'ostéoclasie manuelle, M. Levrat (Lyon) préfère s'adresser aux appareils de Robin ou de Colin qui, dans 200 cas ainsi opérés, n'ont jamais donné lieu au moindre accident.

— M. Delorme (Val-de-Grâce), sur la résection métatarsophalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose; M. Piéchaud (Bordeaux) sur l'arthrodèse du cou-de-pied et ses procédés opératoires, et sur le même sujet, M. Phocas (Lille); M. Vaslin (Angers), sur la résection orthopédique au pied pour pied bot; M. de Larabrie (Nantes) sur le pied-bot valgus et son traitement par l'ostéotomie cunéiforme; M. J. Reverdin (Genève) sur les tarsectomies postérieures par la méthode de Reverdin, font diverses communications, accompagnées de faits cliniques, sur les vices de position qu'ils ont réussi à corriger. M. L.-H. Petit (Paris) donne la statistique de 22 cas de coxalgies mal soignées, à la suite de laquelle les deux membres se sont croisés au-dessous du genou à la façon des branches d'une paire de ciseaux; il y a eu en même temps ankylose de la hanche, et genu-valgum. Divers modes de traitement ont été employés sur lesquels il y a eu 14 résultats favorables. (*A suivre.*) R. F. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle, par Tavenard. — Th. Paris.

La littérature médicale ne possède que dix ou onze cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'aisselle. L'extirpation aurait été appliquée trois fois à sa cure, d'abord par Tilling, ensuite par Bramann et tout dernièrement par M. Reclus. M. Tavenard a pu observer la marche de l'affection et en suivre le traitement chez le dernier blessé qui, atteint d'un coup de lance en 1870, avait vu les accidents ne survenir qu'en 1889, soit dix-neuf ans après. De l'étude à laquelle il s'est livré, il résulte que l'extirpation, opération radicale, est la méthode de choix, pouvant plus qu'aucune antre défier la récidive et contribuer à assurer au membre son intégrité fonctionnelle. De rigueur, quand le sac est épais et rempli de caillots stratifiés, elle ne peut être remplacée par la quadruple ligature et l'incision que lorsque le sac est mince et dépourvu de caillots; on doit alors veiller à rapprocher suffisamment les fils pour empêcher l'abouchement des collatérales dans le sac ou le segment des vaisseaux compris entre les deux ligatures.

Aggravation et généralisation de la tuberculose après opération; traitement pré-opératoire, post-opératoire, par Geeraert. — Th. Paris.

On connaît l'influence des traumatismes sur les diathèses, on sait que si l'intervention chirurgicale peut, dans nombre de cas, être suivie de bons résultats chez des diabétiques, chez des paludéens, chez des tuberculeux, dans d'autres elle est souvent cause d'une aggravation ou d'une généralisation du mal. Et, pour nous en tenir à la tuberculose, ce dernier fait se produirait dans une moyenne de 10 p. 100.

M. Geeraert démontre que le pronostic devient plus favorable lorsque, avant l'opération, le malade se nourrit bien, vit au grand air; lorsque, au moment de l'intervention, l'anesthésie est pratiquée à l'aide de la cocaïne pour les castrations et les opérations de ganglions, et du chloroforme associé au chloral pour les résections articulaires; lorsqu'on a recours à l'amputation de l'épaule, du poignet, de la cuisse, du pied, la résection étant réservée au coude, à la hanche; que l'on évite toute perte de sang inutile; lorsqu'enfin, on demande à un séjour à la mer, à une saison aux eaux, de parachever ou d'affermir une guérison commencée.

BULLETIN

Académie des sciences : Election.

Académie de médecine : Suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie. — Guérison d'un spina bifida par la transplantation d'un fragment d'os de lapin. — Des altérations du cercle ciliaire dans la syphilis, la tuberculose, la goutte, etc. — Election.

L'élection dans la section de médecine et de chirurgie avait attiré lundi dernier une affluence nombreuse à l'Académie des sciences. A quelques exceptions près la savante compagnie était au grand complet et la salle avait peine à contenir l'assistance. On se rappelle qu'il s'agissait de remplacer M. Richet. La section présentait : en première ligne, M. E. Guyon; en deuxième ligne, M. Lannelongue; en troisième ligne, M. Duplay. C'est entre les deux premiers candidats que la lutte devait être vive. Depuis longtemps on supputait le nombre de voix

que pouvait espérer chacun d'eux, et il était difficile de dire d'avance quel serait le vainqueur. Le dépouillement du scrutin a été véritablement émouvant. Tout d'abord le nombre des bulletins de vote ne correspondant pas à celui des membres inscrits, on a dû, par deux fois, faire le pointage. Puis, durant le dépouillement, les différentes séries de bulletins portant le même nom qu'on observe fréquemment en pareil cas, semblaient faire pencher la balance tantôt pour l'un des deux concurrents tantôt pour l'autre. Enfin, c'est M. Guyon qui est sorti vainqueur. Sur 62 suffrages exprimés, il en a eu 34 contre 28 donnés à M. Lannelongue. C'est en somme, pour ce dernier, une défaite honorable et comme la promesse du succès à la prochaine vacance.

— L'Académie de médecine a repris la discussion sur le traitement de la pleurésie. M. Cadet de Gassicourt a envisagé un point spécial, d'ailleurs plein d'intérêt : le traitement de la pleurésie purulente chez les enfants. Dans le cours de l'année dernière, il a eu à traiter 13 cas de ce genre. Dans tous ces cas, la première ponction a révélé la purulence de l'épanchement : celle-ci ne peut donc être attribuée à l'intervention opératoire. 6 fois on a évacué l'épanchement par la ponction simple et 7 fois par une incision intercostale. Résultat : 10 guérisons, 3 morts. Sur les 3 enfants que notre collègue a perdus, 1 a succombé à une diphthérie toxique, les 2 autres à une broncho-pneumonie de nature tuberculeuse. Des 10 malades qui ont guéri, 5 ont été traités par la ponction simple et 5 par l'incision. La guérison a eu lieu, pour les premières, de cinq à quinze jours après la ou les ponctions; pour les derniers, de vingt et un à quarante-cinq jours après l'empyème.

M. Cadet de Gassicourt donne les indications et les règles de chacun des deux modes de traitement.

La date de l'épanchement constitue une des indications principales. Les chances de guérison par les ponctions sont d'autant plus grandes que cette date est plus récente. Quand l'épanchement remonte à six semaines, notre collègue ne tente plus le traitement par les ponctions.

Les indications tirées de l'âge du malade, de l'origine et de la nature de l'épanchement sont d'une moindre importance que la précédente et n'ont rien d'absolu.

Après s'être assuré, par une ponction exploratrice, de la purulence de l'épanchement, M. Cadet de Gassicourt vide entièrement la plèvre au moyen de l'appareil aspirateur; cinq jours après, si ce pus ne s'est pas reproduit, on peut considérer le malade comme en voie de guérison, et il n'y a pas à recommencer. Si le pus s'est reproduit, seconde ponction évacuatrice. Cinq jours plus tard et, au besoin, après un égal laps de temps, troisième et quatrième ponction. Après cette dernière, c'est-à-dire après un traitement d'une durée maxima de quinze jours, la guérison est le plus souvent définitive.

Si, après la seconde ou la troisième ponction la quantité de pus a peu diminué, il vaut mieux ne pas persévérer et recourir sans plus tarder à l'incision intercostale. Immédiatement après celle-ci, M. Cadet de Gassicourt pratique un seul lavage avec une solution de sublimé à 1/3000, introduit deux drains et fait des pansements rares, qu'il ne renouvelle que lorsque les pièces de ces pansement sont souillées par le pus. Il s'inspire, sous ce rapport, de la pratique de M. Bucquoy.

M. Laborde apporte à la discussion l'élément physiologique, auquel M. Peter avait légèrement touché en attribuant la mort subite, dans la pleurésie, à un phénomène d'inhibition résultant de l'irritation du plexus pulmonaire consécutive à la pleurésie. Il rappelle les expériences dans lesquelles, sur des animaux, l'excitation d'un nerf périphérique, le sciatique, par exemple, produit par réflexe une syncope cardiaque, et même une syncope respiratoire. L'excitation des nerfs intercostaux amène encore plus sûrement ce double phénomène. Il est permis de penser que, dans la pleurésie, la névrite de voisinage des nerfs intercostaux agit de la même façon et la syncope se produira d'autant mieux que la compression exercée par l'épanchement sur le cœur tend au même résultat. Il faut encore ajouter qu'une prédisposition nerveuse contribue à accroître les chances de l'accident. Or, dans de telles conditions, il paraît difficile que le médecin se borne au rôle d'une expectation contemplative; il doit évidemment chercher à lutter contre les deux principaux facteurs de la syncope, névrite et prédisposition nerveuse, en même temps qu'il se tient prêt à pratiquer la thoracentèse, si l'étendue de l'épanchement accroît l'imminence du danger.

A propos de la médication révulsive, M. Laborde signale un autre danger pouvant résulter de l'application des vésicatoires. Sous leur action, il peut être absorbé des quantités assez considérables de cantharidine pour produire, outre les accidents connus du côté des voies urinaires, des phénomènes d'intoxication d'un autre ordre, en particulier des accidents pleuro-pulmonaires, tels que la congestion pulmonaire, la pleurésie avec épanchement séreux ou même séro-purulent. Certains faits clinique sont venus confirmer ce résultat des expériences de laboratoire, et M. Laborde mentionne un cas dans lequel il a vu un épanchement pleural augmenter dans des proportions considérables à la suite de l'application d'un vésicatoire. Il est donc d'avis qu'on doit être réservé dans l'emploi de vésicatoire, surtout dans l'application de vésicatoires successifs qui, en accumulant le poison dans l'organisme, contribuent à la transformation purulente de l'épanchement.

M. Potain ne partage pas l'opinion de M. Laborde au sujet de cette action du vésicatoire sur la purulence de l'épanchement. Il cite le cas d'un malade atteint de pleurésie et à qui l'on avait appliqué douze vésicatoires successifs; il s'était développé une néphrite cantharidienne interne avec une albuminurie qui dura six mois. Malgré la gravité de ces phénomènes d'intoxication, l'épanchement resta séreux.

Il faut donc, dirons-nous comme conclusion, surveiller les effets des vésicatoires, mais on ne saurait se priver des services incontestables que rendent si fréquemment ces agents de la médication révulsive.

— M. Périer lit un rapport sur une observation de M. Berger relative à une petite fille de sept semaines que ce dernier a opérée et guérie d'un spina bifida lombaire par la greffe d'une plaque osseuse empruntée à l'omoplate d'un jeune lapin. Depuis cinq mois qu'a été faite l'opération, la guérison s'est maintenue. La lamelle transplantée s'est sans doute résorbée, mais elle paraît avoir servi de substratum à un tissu solide qui pourra plus tard être le siège d'une ossification.

— Voici les conclusions d'une communication de M. Galezowski sur les altérations du cercle ciliaire dans la syphilis, la tuberculose, etc. :

1° L'examen ophtalmoscopique de l'ora serrata est indispensable pour toutes les maladies constitutionnelles, telles que la syphilis, la goutte, la tuberculose, etc.

2° Dans la syphilis, soit héréditaire soit acquise, dans les

kératites interstitielles ou dans les choroïdites parenchymateuses, la lésion du cercle ciliaire est caractéristique de la syphilis;

3° Dans l'atrophie ataxique des papilles on trouve souvent des atrophies choroïdiennes de l'ora serrata propres à la syphilis;

4° Dans certaines névrites ou périnévrites optiques, le cercle ciliaire se trouve également lésé, ce qui indique l'origine spécifique de la maladie.

— Entre temps, l'Académie a procédé à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la seconde division et à la nomination des membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

MM. Demons (de Bordeaux) et Dubar (de Lille) ont été nommés correspondants nationaux.

La commission des associés libres se compose de MM. Milne-Edwards, Dujardin-Beaumetz, Tarnier, Guyon, Caventou, Schutzenberger, Marjolin, Lereboullet. Dr F. DE RANSE.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

DE LA MÉDICATION CATHARTIQUE

(Suite)

Il est un état morbide dont les causes infiniment variables semblent déjouer tous les efforts des remèdes mis en œuvre pour en combattre les conséquences pénibles ou dangereuses, nous voulons parler de la constipation.

La quantité considérable des moyens thérapeutiques que nous sommes en mesure d'opposer à cette affection, semblerait ne pas exiger qu'on en recherchât de nouveaux, mais, nous devons l'avouer, de tous ces agents il n'en est guère à qui l'on ne puisse adresser les mêmes reproches : irritation plus ou moins précoce du tube intestinal, action plus ou moins sûre et plus ou moins durable, difficultés de l'absorption par suite de la grande quantité qu'il faut en prendre pour obtenir un effet utile, saveur désagréable. Pour ne parler que de ces derniers inconvénients, il nous suffit de rappeler que nous le retrouvons dans la plupart des eaux minérales purgatives naturelles. En effet, la dose efficace de chacune de ces eaux varie naturellement suivant leur composition et la valeur de l'eau de Rubinat, considérée à ce point de vue, consiste précisément en ce fait que la dose maxima pour obtenir une action purgative intense ne dépasse et ne doit jamais dépasser 140 grammes.

Les lavements purgatifs, si utiles dans certains cas déterminés, finissent par émousser la sensibilité de l'intestin; leur action, du reste, ne s'étend pas à toute l'économie.

Les drastiques ont l'inconvénient de laisser à leur suite une constipation parfois difficile à vaincre et nécessitant de nouvelles doses; ils donnent lieu, de plus, à des coliques intestinales, dont la violence varie, il est vrai, suivant les individus, mais qui n'en ébranlent pas moins inutilement l'organisme.

Les différentes préparations spéciales, dragées, pilules, bols, poudres, semences purgatives, ont un effet souvent réel mais dont il est malheureusement bien difficile de régler l'énergie.

Les purgatifs salins présentent des garanties plus sérieuses d'efficacité, mais il faut tenir compte des différentes causes qui peuvent déterminer une altération de leur composition chimique et ne pas oublier que leur administration nécessite l'injection d'une quantité de liquide parfois considérable.

Personne ne songe à nier l'influence de la constipation sur la genèse d'un grand nombre d'affections et, en particulier, son action est incontestable dans la production des troubles survenant du côté de l'appareil digestif. Les différentes parties du tube digestif sont, en effet, liées entre elles par une sympathie étroite et évidente; c'est ainsi que nous pouvons expliquer le rôle du gros intestin sur le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin grêle et réciproquement l'action de l'intestin grêle et de l'estomac sur le gros intestin.

C'est sous cette influence réciproque que naissent, dans bien des circonstances, les différentes formes de cet état que nous connaissons en médecine sous le nom de dyspepsie, dans laquelle la constipation joue un rôle si prépondérant que l'on a pu dire qu'elles étaient des dyspepsies symptomatiques de la constipation habituelle.

La constipation peut se retrouver et se retrouve fréquemment au début des fièvres éruptives; dans la variole, par exemple, elle est un phénomène fréquent, du moins dans la forme discrète chez l'adulte; au début de la fièvre typhoïde nous la retrouvons encore et les cas ne sont pas très rares où elle persiste d'une manière à peu près constante dans le cours de certaines dothienentéries. Dans ce cas particulier, l'action de l'eau de Rubinat est éminemment utile. On comprend, en effet, qu'il y a un intérêt véritablement capital à débarrasser l'intestin malade des matières fécales qui y séjournent et dont les théories récentes sur les auto-intoxications nous ont démontré la nocivité.

Parmi les causes diverses de cet état grave qui constitue l'occlusion intestinale, nous retrouvons encore au rang des principales la constipation opiniâtre. L'accumulation des matières fécales dans le gros intestin est chose fréquente, surtout chez les femmes, et cette coprostase, qui se prolonge quelquefois fort longtemps sans donner lieu à de bien graves symptômes, détermine parfois cette redoutable complication de l'occlusion qui se termine trop souvent par la mort malgré l'énergie de l'intervention tant médicale que chirurgicale.

Quelques observations que nous avons pu recueillir dans notre clientèle feront mieux comprendre les avantages qu'on peut retirer de l'administration judicieuse de l'eau de Rubinat (source Dr Llorach).

OBSERVATION I. — Mme X..., jeune femme de 29 ans, souffrant depuis longtemps d'une constipation opiniâtre, liée à une dyspepsie avec dilatation de l'estomac. A employé les lavements quotidiens (à la glycérine, au sel marin, à l'huile de ricin, etc.), qui sont actuellement inefficaces. Les drastiques ne peuvent être tolérés à cause des violentes coliques qu'ils déterminent; les différentes eaux minérales purgatives ne produisent pas d'effet appréciable.

Actuellement, la malade n'a pas eu de selles depuis six jours, langue étalée, blanchâtre, recouverte d'un enduit épais, sensation de pesanteur. Un verre à boire d'eau de Rubinat-Llorach pris le matin à jeun, donne lieu à plus de 8 selles, dont les premières sont copieuses et fétides ; les dernières sont séreuses. Pas de coliques.

OBSERVATION II. — Homme de 51 ans, d'un fort embonpoint, gros mangeur et grand buveur de bière, souffre depuis plusieurs mois d'une constipation contre laquelle toutes les médications ont échoué. Je recommande l'eau de Rubinat-Llorach à dose purgative (un verre à bordeaux); l'effet est rapide. Pas de coliques. Depuis, le malade a pris l'habitude de boire tous les huit jours un demi-verre à bordeaux d'eau de Rubinat.

OBSERVATION III. — Garçon boucher, 25 ans, fort et vigoureux. Obstruction intestinale, météorisme, pouls petit, langue sèche, hoquet; état grave. Pas de selles, ni de gaz, depuis cinq jours. On administre successivement l'huile de ricin, la scammonée, l'huile de croton, qui restent sans résultat.

On pratique des injections rectales d'eau gazeuse et on administre un grand verre d'eau de Rubinat-Llorach. Une demi-heure après, débâcle considérable. Le malade s'est entièrement rétabli.

Nous pourrions multiplier ces exemples, car depuis que notre attention a été appelée sur l'action purgative de l'eau de Rubinat-Llorach, il ne se passe guère de jour que nous n'ayons recours à son efficacité. Nous pensons que ces quelques faits pris au hasard suffisent et nous ajouterons qu'à une ou deux exceptions près l'action purgative s'est toujours manifestée sans donner lieu à ces coliques pénibles que déterminent trop souvent les autres agents purgatifs.

NOTES ET INFORMATIONS

La loi sur l'exercice de la médecine. Rectification. — Nous avons reproduit dans le n° 16 de la *Gazette médicale* (16 avril 1892), le texte de la loi sur l'exercice de la médecine votée par le Sénat. L'article 37 a un second paragraphe, qui doit être ajouté à celui que nous avons publié, et qui est ainsi conçu :

Un règlement, délibéré en Conseil supérieur de l Instruction publique, déterminera les épreuves qu'auront à subir, pour obtenir le titre de docteur, les jeunes gens des colonies françaises ayant suivi les cours d'une école de médecine existant dans une colonie.

Ce second paragraphe de l'article 37 avait été voté par le Sénat, en première délibération, sur la proposition de M. Jules Godin qui avait présenté, à l'appui, cette observation : « Dans certaines de nos colonies, nous avons des écoles de médecine : les jeunes gens commencent dans celle que j'ai l'honneur de représenter, ainsi qu'à la Martinique, leurs études dans les écoles qui y existent. Quand ils arrivent en France pour obtenir leur grade de docteur, ils sont obligés de recommencer leurs études. J'ai demandé à la Commission et au Gouvernement s'il n'y aurait pas moyen, par une mesure spéciale, de leur tenir compte au moins d'une partie des études faites dans les colonies... La Commission et le Gouvernement acceptent mon amendement. »

Par suite d'une omission purement matérielle, ce second paragraphe n'avait pas été soumis au vote du Sénat, lors de la seconde délibération. Cet oubli a été réparé, par voie de rectification à l'article 37, dans une séance postérieure à la date de la publication du texte de la loi dans la *Gazette médicale*.

Souscription à la statue de Théophraste Renaudot. — Dans sa dernière réunion, l'Association de la presse médicale a voté la somme de cent francs, à titre de premier versement, pour la souscription à la statue de Théophraste Rénaudot.

L'eau potable à Paris et dans la banlieue. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine s'ont occupé de la question de l'alimentation en eau potable des communes suburbaines. A défaut d'eau de source, l'eau destinée à la consommation sera puisée dans la Marne en amont de Bry, et dans la Seine en amont de Choisy-le-Roi. De plus, avant d'être refoulée dans les conduits et réservoirs, cette eau sera épurée par son passage à travers une couche filtrante d'une grande épaisseur. Des analyses bactériologiques quotidiennes contrôleront le fonctionnement de cette épuration.

Il y a lieu d'espérer que les mêmes précautions seront prises pour l'eau de Seine qu'on distribue par moments aux Parisiens. C'est d'autant plus nécessaire qu'on n'est pas toujours prévenu, ou qu'on est mal informé de la substitution transitoire de l'eau de Seine à l'eau de source. Par exemple les 3e, 4e 11e et 12e arrondissements sont actuellement condammés à boire de l'eau de Seine pendant une vingtaine de jours ; mais, ajoute l'avis, il est des rues où l'eau de source sera maintenue ; par contre, il en est d'autres, non comprises dans ces arrondissements, où elle sera remplacée par l'eau de rivière. Or quelles sont, de part et d'autres, ces rues? L'avis ne le dit pas. Comment dès lors les consommateurs non prévenus, peuvent-ils se prémunir contre les effets d'une eau malsaine?

Projet de réformes dans l'enseignement médical. — Le ministre de l'instruction publique vient d'inviter les recteurs à consulter les Facultés de médecine de leurs ressorts sur le programme suivant qui ne doit être que l'indication d'un certain nombre de questions à examiner et qui ne limite en rien leur liberté :

1° Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques comprenant la physique, la chimie et les sciences naturelles, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année de programmes actuels des Facultés de médecine;

2° Organisation de quatre années d'études médicales, y compris la physique et la chimie médicales;

3° Remaniement des examens de façon à faire subir pendant la scolarité une partie de ceux qui, actuellement, ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription;

4° Création et organisation, au-dessus du grade professionnel de docteur en médecine, d'un grade supérieur d'ordre scientifique qui serait exigé pour certaines fonctions de l'enseignement et donné par collation à tout docteur remplissant actuellement une de ces fonctions.

Le ministre invite en outre les recteurs à soumettre la première question aux Facultés des sciences.

Fêtes universitaires. — A l'occasion du voyage que fera, les 5 et 6 juin, à Nancy, le président de la République, l'Association des étudiants de Nancy organise des fêtes universitaires auxquelles ont été conviés les étudiants de toutes les villes universitaires de France. La plupart des associations d'étudiants ont décidé d'envoyer des délégués à ces fêtes.

Congrès. — Le quatrième Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques se tiendra à La Haye, le 8 septembre 1892. Tous renseignements concernant ce Congrès devront être adressés à M. E.-J.-W. Koch, à Schéveningue.

NOUVELLES

Concours d'agrégation. *Anatomie, physiologie et histoire naturelle.* — Jury : MM. Duval, président, Farabeuf, Richet,

Tillaux, Jolyet, Debierre, Tonrneux, Granel, Blanchard R. — Candidats inscrits :

Physiologie : Abelons (Toulouse et Lille), Bédard (Toulouse et Lille).

Anatomie : Prenant (Nancy), Clado (Paris), Cornil (Bordeaux), Curlis (Lille), Duval (Bordeaux), Guinard (Paris), Jonnesco (Paris), Laguesse (Lille), Moreau (Paris), Pilliet (Paris), Princeteau (Bordeaux), Rieffel (Paris), Sebileau (Paris), Variot (Paris), Mouret.

Histoire naturelle : Chauveau (Paris), Dewevre (Paris, Montpellier, Lyon), Hein (Paris), Meurisse (Paris, Lyon, Montpellier), Planchon (Montpellier), Roux (Lyon).

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 17 mai 1892, M. le médecin inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, est nommé directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires en remplacement de M. le médecin inspecteur Weber, admis dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle du 17 mai 1892, M. Dauvé est nommé membre du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Weber.

Corps de santé de la Marine. — Par décret en date du 7 mai 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine : au *grade de médecin de 2e classe* ; les médecins auxiliaires de 2e classe : MM. Etourneau (Amédée-Léon) ; Rousseau (Albert) ; Perves (Jean-Marie) ; Defrassine (Clément) ; Thiroux (André) ; Sarrat (Jean-Bertrand) ; Aurégan (Pierre-Marie) ; Forgeot (Louis-François-Gabriel) ; Thoulon (Louis-Victor) ; Longchampt (Emile) ; Mourron (Edmond-Auguste-Jean-Joseph) ; Morgue (Ferdinand Georges) ; Pernet (Charles-Marie-François) ; Maillin (Joseph-Jean) ; Barillet (Jules-François) ; Boury (Paul-Jean-Marie-Eugène) ; Bailly (Charles-Marie-Eugène-Abel) ; Préboist (Pierre-Louis) ; Dutigny (Pierre Joseph-Lucien) ; Forterre (Henri) ; Lacombe (Marie-Jean-François-Laurent) ; Ruban (Félix-Victor) ; Roudié (Louis-Georges) ; Audibert (Lucien-Auguste-Adolphe) ; Porre (Jean-Marius-Léopold-Jules-Henri) ; Brochet (Gaston-Edmond-Marie) ; Chabanne (Jean-Baptiste-Camille) ; Vizerie (Philippe-Gabriel-Edmond) ; Souls (Ferdinand-Xavier-Félix) ; Allain (Jean-Marie) ; Letrosne (Paul-François) ; Aubry (Daniel-Joseph-Henri-Emmanuel) ; Emily (Jules-Michel-Antoine) ; Rey (Jean-François-Victor) ; Bonain (Adolphe-Louis) ; Lautour (Louis-Camille) ; Tréhen (Francisque-Marie) ; Aldebert (Casimir-Jean-Edouard-Georges) ; Buisine (Jean-Edouard-Louis) ; Fournes (Jean) ; Madon (Louis-Marie-Joseph) ; Chaussade (Charles-Léonard-Louis) ; L'Helgoualc'h (Louis-Amédée-Marie) ; Battarel (Joseph-Marius-Louis-Clair) ; Poix (Alphonse-Marie-Joseph-Martin) ; Maureau (Jacques-Joseph-Emile) ; Millet (Jules-Antoine).

Hôpital Necker. *Service des maladies des voies urinaires.* — Le Dr Horteloup commencera des conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires, le dimanche 8 mai, à 9 heures du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Chemin de fer d'Orléans. — *Voyage d'excursion aux plages de la Bretagne.* — Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

Durée : 30 jours.

Prix des billets (aller et retour) : 1re classe, 45 fr. ; 2e classe, 33 fr.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rueff et Cie éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les éditeurs Rueff et Cie, boulevard Saint-Germain, 106, à Paris, viennent de mettre en vente les premiers volumes d'une remarquable collection qu'ils publient sous le nom de *Bibliothèque médicale* et sous la direction de MM. Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et Debove, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée. Prix 3 fr. 50.

Cette collection comprendra une série de volumes ayant trait aux questions les plus importantes de la médecine pratique. La rédaction en a été confiée à des médecins qui, par leurs travaux antérieurs, ont acquis le plus de compétence sur le sujet qu'ils avaient à traiter. Chaque volume a, de ce fait, le caractère d'une véritable monographie dans laquelle l'état actuel de la science, les travaux, les notions thérapeutiques qui s'y rapportent, sont exposés avec une grande fidélité. Cette bibliothèque constituera, par la suite, une véritable encyclopédie de médecine scientifique et pratique dont la lecture sera facilitée par le format portatif des volumes et la clarté que les auteurs se sont efforcés d'atteindre dans leur exposition.

Ces volumes sont édités de façon à permettre aux médecins de les lire dans l'intervalle de leurs visites, en voiture ou en chemin de fer. Leur format, leur reliure en peau très souple et très résistante, permettent de les mettre en poche sans qu'ils subissent la moindre détérioration.

Volumes parus dans la bibliothèque Médicale CHARCOT-DEBOVE.

La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par V. Hanot, agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice Saint-Antoine.

Traitement des pleurésies purulentes, par G.-M. Debove et Courtois-Suffit.

Le rachitisme, par J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris, médecin des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique.

Appendicite et pérityphlite, par Ch. Talamon, médecin de l'hôpital Tenon.

Lavage de l'estomac, par G.-M. Debove et Rémond (de Metz).

Des troubles du langage chez les aliénés, par J. Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière, membre de la Société médicale des hôpitaux, etc.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 8 AU 14 MAI 1892

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 0. — Rougeole, 45. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 34. — Grippe, 3. Phtisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 46. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52. — Méningite, 37 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 79. — Bronchite aiguë et chronique, 48. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 135. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 60. — Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 177. Causes inconnues, 6. — Total 1093.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX

Par le Dr P. R. Charrier,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

Suite (1)

Observation V (1).

Infection blennorrhagique ; vaginite ; uréthrite ; métrite ; pyosalpinx droit ; salpingite parenchymateuse ; ovaires scléro-kystiques ; poussées aiguës et menstruelles de périmétrosalpingite.

Maria D..., âgée de 17 ans, plumassière, entrée le 16 juillet 1890, salle A, à Pascal.

Le 15 juillet, au matin, M. de Beurmann faisait demander à M. Pozzi, de bien vouloir venir examiner une malade de son service couchée au lit n° 44 de la salle C, afin de savoir s'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement.

En arrivant près du lit de cette malade, nous sommes frappés de son aspect douloureux, ses traits crispés indiquaient une vive souffrance et sans qu'il soit légitime d'appliquer à son faciès l'épithète de péritonéal, néanmoins ses yeux cernés et un peu creusés, sa pâleur, son nez effilé, l'altération de sa figure faisaient aussitôt songer à une affection abdominale. En la découvrant, on constate que le ventre est un peu ballonné. La palpation la plus délicate est impossible surtout quand la main approche des régions inférieures sus-pubiennes et iliaques. Néanmoins après un interrogatoire sommaire et la lecture de l'observation résumée ci-dessous, M. Pozzi apprend que cette malade est ainsi depuis trois jours, après avoir éprouvé une sensible amélioration dans son état pendant les mois de mai et juin, c'est-à-dire pendant les deux mois où ses règles, qui avaient été supprimées depuis novembre, sont revenues assez régulières. Depuis ces trois jours, sans qu'il y ait eu autre chose que l'absence de flux menstruel qui devait venir vers le 10 juillet, la malade est dans l'état où nous la voyons. Elle a eu plusieurs reprises des vomissements alimentaires et verdâtres et ses douleurs abdominales n'ont pas cessé depuis lors, en même temps, il y a eu de la constipation et des urines peu abondantes et foncées. La malade ajoute en pleurant qu'elle est de nouveau et absolument comme elle était avant le mois de mai, car depuis le 25 novembre, elle est dans le service.

Voici son observation :

Maria D..., âgée de 17 ans, plumassière, entrée le 25 décembre 1889, service de M. de Beurmann, à Lourcine.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : à l'âge de 13 ans, elle eut la petite vérole, dont elle porte encore quelques marques. A 14 ans, elle fut réglée pour la première fois et depuis jusqu'au mois de novembre 1889, elle le fut régulièrement sans trop de douleurs et sans que l'écoulement sanguin fût trop abondant.

Au mois de novembre 1889, elle eut ses premiers rapports sexuels et quelques jours après elle s'aperçut qu'elle tachait son linge en jaune verdâtre, ces taches venaient d'un écoulement vaginal abondant qui s'accompagnait d'une sensation de chaleur très marquée, en même temps que de cuisson et d'ardeur en urinant. Il en fut ainsi pendant trois semaines environ sans que la malade ne fit rien pour se soigner ; elle continuait à aller et venir et à faire son métier. Au mois de décembre, à peu près, au moment où les règles devaient venir, elle ne vit rien, mais en revanche, elle fut prise de douleurs abdominales très violentes, siégeant surtout dans le bas-ventre et surtout dans la fosse iliaque gauche au-dessus de l'arcade crurale. Ces douleurs étaient tantôt spontanées, tantôt provoquées surtout par la station debout ou par la marche ; l'absence de soins médicaux, la suppression du flux menstruel, sans qu'il y ent grossesse pour l'expliquer, tout cela ne fit qu'aggraver la situation et le 25 décembre, le jour de Noël, la malade se décida à entrer à Lourcine, ne pouvant plus supporter les douleurs dont elle était atteinte. A son entrée dans le service, on constate qu'elle avait une blennorrhagie intense, caractérisée par de la vaginite, de l'uréthrite et de la métrite. Le toucher était très pénible, et permettait à peine de se rendre compte de l'état des annexes, néanmoins dès cette époque, on porta le diagnostic de poussée inflammatoire du côté du péritoine péritubaire gauche. L'examen au spéculum également très douloureux, fit constater que le vagin était d'un rouge vif et comme ulcéré par place, le col de l'utérus conique présentait également une petite ulcération de la lèvre inférieure. Un traitement approprié à tous ces symp-

(1) Voir les numéros 18 et 19.

(1) Publiée dans ma thèse sur la péritonite blennorrhagique, p. 63, obs. I. — Steinheil, 1892.

tômes fut institué. Lavages vaginaux, tampons isolateurs, cataplasmes sur le ventre, sangsues. Un soulagement notable suivit ce traitement et la malade pouvait marcher presque sans douleur et supporter également les pansements lorsqu'elle commença vers la fin de janvier, le 25, à ressentir des douleurs dans le genou gauche, douleurs qui s'accompagnèrent bientôt de gonflement de l'articulation, rendant la flexion complète impossible, ainsi que l'extension. Cette arthrite mono-articulaire fut considérée par M. de Beurmann comme présentant tous les caractères de l'arthrite gono coccique. On immobilisa la jointure et on appliqua deux fois par semaine des pointes de feu. L'apparition de cette arthrite coïncida avec le retour présumé des règles qui manquèrent en janvier comme en décembre et dont l'absence fut de nouveau trahie par une recrudescence très marquée des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui primitivement avaient été localisées à gauche, s'étendirent au côté droit, et comme à cette époque la vaginite était très améliorée et le toucher possible, on put se rendre compte des lésions.

Au toucher, M. de Beurmann constate déjà que le col est comme immobilisé, figé au milieu d'une masse inflammatoire, formant manifestement une tumeur volumineuse dans le cul-de-sac latéro-postérieur droit. Cette tumeur n'était pas fluctante, mais rénitente et semblait formée par la trompe et l'ovaire unis entre eux par des adhérences péritonéales multiples.

Depuis lors, c'est-à-dire en février, mars, avril jusqu'en mai, la malade a présenté à chacune de ses époques menstruelles, faisant défaut, une poussée douloureuse péritonitique. Son état général était tantôt moins grave que celui que nous constatons aujourd'hui, tantôt aussi grave, jamais il n'a été plus grave. A maintes reprises pendant les accès et en dehors de ceux-ci, la malade fut examinée par M. de Beurmann. Les sensations perçues localement étaient très analogues à celles déjà signalées. Seules, les dimensions de la masse périmétro-salpingienne variaient. En mai et juin les règles sont venues et avec elles, surtout en mai, un vrai soulagement en même temps qu'une diminution marquée de la tumeur. Sans doute, les jours qui ont précédé chacune de ces deux époques furent marqués par des douleurs, mais bien moindres qu'aujourd'hui et ne s'accompagnant pas du syndrome péritonitique que nous constatons. L'arthrite blennorrhagique est guérie en tant qu'arthrite et l'ankylose n'est pas complète, il n'y a que de la raideur.

M. Pozzi se met en devoir d'examiner, au point de vue génital la malade, et, malgré les grandes précautions prises, cet examen arrache des plaintes à la patiente. Au toucher et sans le combiner avec le palper abdominal, que les douleurs empêchent, il constate, comme l'avait déjà vu M. de Beurmann, que tout l'utérus est comme figé au milieu d'une masse inflammatoire assez dure donnant bien l'idée d'un empâtement péri-utérin et circum-uterin. Le cul-de-sac postérieur et les deux culs-de-sac latéraux sont remplis par cette masse qui est surtout douloureuse à droite, c'est-à-dire du côté qui le dernier a été pris.

Le vagin est encore le siège d'un écoulement jaunâtre et de chaque côté, sur la face externe des caroncules, à l'orifice des glandes de Bartholin, existent les deux taches rouges, macules de Sänger.

M. Pozzi accepte de prendre la malade dans son service, néanmoins, comme l'a déjà fait, M. de Beurmann, il ne croit pas à une intervention immédiate, il ne la déciderait que si les phénomènes actuels se manifestaient plus intenses.

Même traitement : révulsifs, glace sur le ventre, petit laxatif, injections très chaudes, sinapismes aux cuisses et aux jambes.

Le 16 juillet. Etat stationnaire, moins de vomissements.

Le 17. Amélioration notable, douleurs moindres.

Le 22. La malade va beaucoup mieux, le toucher est même possible avec le palper, et, M. Pozzi constate que l'empâtement persiste, mais que les culs-de-sac sont moins tendus et que l'on peut circonscrire à droite une tumeur analogue aux tumeurs salpingiennes et une intervention est décidée en principe : salpingotomie.

Le 18 août, la malade, qui allait beaucoup mieux comme état général et qui cependant n'offrait aucun changement local, devait être opérée, lorsque le matin, étant toute préparée, elle est prise d'un écoulement de sang qui la fait remettre à la semaine suivante.

Les règles ne vinrent pas franchement, tous les deux ou trois jours la malade perdait un peu de sang, ses douleurs abdominales étaient revenues, moins intenses mais presque continuelles, et ni les petits vésicatoires volants, ni la glace ne les savaient calmer. C'est alors et au bout de trois semaines, le 15 septembre, que M. Pozzi se décide à pratiquer la salpingotomie.

A l'ouverture du ventre après incision, sur la ligne médiane. de 6 centim., M. Pozzi constate que du côté gauche existe une tumeur extrêmement adhérente aux parties voisines, il n'amène, qu'après de grands efforts, cette tumeur à l'extérieur à cause de la rigidité de la partie postérieure du ligament large, ligament infundibulo-pelvien qui dut être sectionné entre deux ligatures. Un fil de soie est placé sur le pédicule, près de l'utérus, et la section est pratiquée en dehors. En décortiquant, M. Pozzi a la sensation de la rupture d'une petite poche liquide qu'il attribue à de la périmétro-salpingite, et qui faisait corps avec la trompe.

A droite, les difficultés furent très grandes aussi, la tumeur étant très adhérente et remplissant en partie le cul-de-sac de Douglas au milieu d'un véritable feutrage d'adhérences plus ou moins résistantes que M. Pozzi rompt avec les doigts. Après ces manœuvres, la tumeur droite est excisée. On essuie soigneusement avec des compresses chaudes ces adhérences qui saignaient un peu. On fait un tamponnement provisoire, puis suture à trois étages, et dans l'angle inférieur une mèche de gaze iodoformée est mise par précaution.

A l'examen des pièces, on constate : à gauche, la tumeur est formée de trois parties :

A. L'ovaire gros comme une noix et renfermant plusieurs petits kystes et un grand kyste séro-sanguin.

B. La trompe, très épaissie, augmentée de volume, le pavillon oblitéré présentait à la coupe une apparence foliacée de la muqueuse et une augmentation notable des parois, vraie salpingite parenchymateuse récente.

C. Un kyste à parois très minces formées par des adhérences réunissant l'aileron de la trompe à celui de l'ovaire et vide en partie, par M. Pozzi. Ce kyste ne renfermait que de la sérosité roussâtre.

A droite, ovaire contenant plusieurs petits kystes sanguins, apoplexies ovariennes correspondant sans doute aux époques absentes.

La trompe est également augmentée de volume, ses parois

épaissies, quoique moins épaissies qu'à gauche, offrent les lésions de la salpingite parenchymateuse. A la section, cette trompe, oblitérée du côté de l'utérus et du péritoine, renfermant une cuillerée à café de liquide louche granuleux, séropurulent, cette trompe formait une tumeur adhérant de toutes parts à l'intestin, et à droite offrant une adhérence au cæcum et à l'appendice iléo-cœcal, disposé de sorte que cet appendice aurait pu être pris pour une trompe.

Les suites de l'opération ont été excellentes. La cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour, la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente-cinq jours, c'est-à-dire le 20 octobre, complètement guérie. Revue depuis, la malade est en parfaite santé.

Après avoir lu attentivement l'observation V qui précède les réflexions transcrites ici, nous pouvons, je crois, au point de vue étiologique, conclure avec notre maître, M. Pozzi (1), que l'inflammation des trompes et du péritoine périmétro salpingien est, en dehors de la tuberculose, toujours le résultat d'une infection; que cette infection, au point de vue clinique, se manifeste soit après l'accouchement, soit après l'avortement et que, dans les deux cas, elle mérite le nom de puerpérale; que cette infection puerpérale n'est autre chose qu'une infection purulente à point de départ utérin. Ce qui prouve la vérité de ce que j'avance, c'est le cas publié par M. Chantemesse, dans le *Progrès médical* de janvier 1891, où une femme a succombé à tous les signes d'une infection dite puerpérale, alors qu'elle n'était nullement en état de grossesse, mais seulement parce qu'elle avait subi un traumatisme intra utérin avec un instrument malpropre qui l'avait infectée. Le streptococque pyogène existait à l'état de pureté dans le sang et dans les liquides pathologiques (pus et sérosité louche) examinés et ensemencés après la mort de cette femme.

A côté de cette infection puerpérale qui provoque des lésions plus ou moins graves dans les annexes et dans le péritoine qui les entoure, il existe une infection que l'on doit appeler vénérienne et que l'on appelle souvent blennorrhagique, car elle survient à la suite des symptômes de blennorrhagie des voies génitales inférieures, sans que l'on puisse en rien incriminer la puerpéralité ou l'infection purulente. C'est cette infection qu'il faut incriminer dans les observations V et VI. Cette infection blennorrhagique des annexes et de la séreuse qui les entoure présente une allure clinique, une marche spéciale, sa gravité est bien moindre et ses lésions curables. Ce qu'il faut surtout remarquer dans ces faits en dehors de l'étiologie, etc., c'est la marche par poussées successives survenant surtout au moment des époques menstruelles, des excès de coït, etc. Nous avons fait le relevé de tous les cas que Bernutz rapporte comme des types soit de la pelvipéritonite menstruelle, soit de la pelvipéritonite congressive, et nous avons pu facilement nous convaincre que dans tous ces faits il y avait eu infection vénérienne ou blennorrhagique, le coït et la menstruation n'avaient été que la cause occasionnelle. Il nous semble donc légitime de conclure, comme dans notre thèse, qu'à côté des lésions des annexes et des inflammations péritonéales d'origine puerpérale :

(1) *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 614, 615, etc. — Masson, 1891.

I. — Il existe en dehors de ces cas une péritonite, spéciale quant à son siège, car elle est presque toujours localisée à la portion du péritoine qui tapisse le petit bassin; également spéciale quant à la nature de ses exsudats qui sont essentiellement plastiques, adhésifs et qui lui donnent tous les caractères d'une péritonite sèche, spéciale aussi quant à ses causes, car elle naît au cours de l'infection blennorrhagique des organes génitaux inférieurs, vulve, vagin, col, trompe; spéciale enfin, quant à son allure clinique, car elle procède par poussées aiguës coïncidant souvent avec la menstruation ou certains excès sexuels.

II. — Cette péritonite a été décrite par certains auteurs sous le nom générique de pelvi-péritonite auquel on a ajouté les épithètes de menstruelle, congressive, blennorrhagique.

III. — Nous l'appellerons aussi péritonite vénérienne.

IV. — L'importance de la péritonite vénérienne est réelle.

V. — Son diagnostic a une conclusion pratique, la nécessité d'un traitement énergique, radical, de toutes les manifestations légères de l'infection blennorrhagique chez la femme.

VI. — La nécessité non moins absolue de traiter l'urèthre de l'homme atteint d'infection récente ou ancienne, antérieure ou postérieure d'origine blennorrhagique et considérée à tort comme non virulente et non contagieuse.

VII. — Pour rendre ce traitement efficace il faut savoir reconnaître la blennorrhagie de la femme où elle se cache et ne pas croire, comme cela a été enseigné pendant de longues années, qu'uréthrite est synonyme de blennorrhagie et que l'uréthrite étant rare chez la femme la blennorrhagie l'est aussi.

(A suivre).

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'AORTE ABDOMINALE

La science possède déjà un certain nombre de faits dans lesquels on a constaté des lésions semblables à celles qui est indiquée dans le titre précédent. Néanmoins la rareté relative de ces faits communique à chacun d'eux une importance particulière, et c'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter celui dont on va lire l'exposé, aussi résumé et en même temps aussi exact que possible. Nous ferons suivre cette observation des réflexions qui lui paraissent applicables.

La nommée X..., âgée de 55 ans, est admise à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, le 23 avril dernier. Elle se plaint principalement d'étouffements qui auraient acquis récemment un degré d'intensité très pénible. Depuis longtemps (vingt à vingt-cinq ans) cette malade éprouve des troubles gastriques caractérisés par des vomissements glaireux et filants, parfois de couleur verte, le plus souvent incolores, se produisant de préférence le matin, et par une sensation de pesanteur à la région épigastrique. L'appétit aurait toujours été médiocre. En outre, il y avait fréquemment des crampes et des fourmillements dans les mollets, et des modifications du sommeil, qui était traversé par des rêves effrayants, des

visions d'animaux noirs et fantastiques; etc., ou bien troublé par des sensations angoissantes, comme celle d'une chute faite d'un lieu élevé. Ces différentes circonstances motivent suffisamment le soupçon d'alcoolisme; mais la malade s'en défend avec énergie, tout en reconnaissant qu'elle boit volontiers du vin blanc pour soutenir ses forces et calmer ses douleurs gastriques. Sauf ces particularités, aucun antécédent pathologique, et c'est seulement depuis dix-sept mois environ que cette femme a dû cesser son travail, de nature assez pénible, paraît-il.

A cette époque, une fluxion de poitrine (?) l'aurait obligée à garder le lit pendant six semaines environ. Depuis, il y a eu chez elle une facilité marquée à contracter des rhumes; de plus, elle est habituellement oppressée, s'essouffant au moindre effort. De temps à autre, apparition de véritables accès de suffocation avec palpitations se produisant même la nuit, soit à la suite d'un effort musculaire, soit sans cause appréciable. Deux ou trois fois il y aurait eu expuition de crachats sanglants, noirâtres. De temps à autre la toux aurait même provoqué des vomissements alimentaires.

Il y a douze jours, la malade a été prise pendant la nuit d'une crise de suffocation très violente. Depuis ce moment, la dyspnée et l'oppression sont continuelles; la toux et l'expectoration ont augmenté simultanément. L'appétit est à peu près nul. Cephalée; fièvre légère.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y a une dyspnée intense, avec un peu de cyanose de la face. Application immédiate de ventouses sèches sur le thorax, injection sous-cutanée de 25 centigrammes de caféine. La cyanose s'efface rapidement, le facies devient d'une pâleur marquée, semblable à celle des individus atteints atteints d'une affection aortique. Le cercle sénile de l'iris est très accusé. Les jours suivants, on voit apparaître sur la cuisse gauche, au point correspondant à la piqûre de caféine, une ecchymose noirâtre qui s'étend progressivement. On trouve en outre sur les membres inférieurs quelques taches disséminées de purpora.

A l'auscultation, sonorité du thorax normale, plutôt exagérée; signes de congestion pulmonaire disséminée, avec une prédominance marquée au niveau des bases. Expectoration catarrhale médiocrement abondante. Au bout de quelques jours, la dyspnée a diminué sensiblement sans cesser pourtant tout à fait.

Du côté du cœur, on note de l'affaiblissement des bruits, surtout à la base, et un certain degré d'arythmie et d'inégalité de l'impulsion cardiaque, mais sans accélération notable. A la pointe, souffle léger au premier temps: on ne parvient qu'avec peine à délimiter la matité du cœur. Le pouls est tendu, bondissant, inégal, irrégulier. Les radiales et les temporales sont dures, peu sinueuses. Le foie n'est pas douloureux et ne déborde par les fausses côtes.

Les urines, peu abondantes, renferment une notable proportion d'albumine.

La malade est immédiatement soumise au régime lacté et à l'usage de la teinture de digitale, à la dose de XV gouttes par jour.

Vers le 28 avril, la dyspnée s'est accrue de nouveau et considérablement. Le facies est toujours pâle; il n'y a pas de cyanose. On prescrit à nouveau l'usage des injections souscutanées de caféine.

Le même jour, 28 avril, la malade meurt subitement dans son lit, peu de temps après la visite, vers une heure de l'après midi. On n'a pu relever aucune circonstance capable d'expliquer la soudaineté de cette terminaison.

AUTOPSIE. — Faibles adhérences du poumon droit. Emphysème disséminé des deux poumons. Congestion symétrique des bases. Bronchite généralisée, mais de moyenne intensité. Au niveau des deux sommets on trouve de petits nodules constitués par d'anciens tubercules calcifiés.

Le cœur présente des lésions importantes. Il offre au premier aspect une augmentation de volume considérable. Son poids est de 650 grammes. L'hypertrophie porte exclusivement sur les parois du ventricule gauche qui sont très épaissies, au point que la cavité du ventricule paraît à peu près effacée. Par l'épreuve de l'eau, on constate une légère insuffisance des valvales sigmoïdes de l'aorte. Les cavités du cœur sont vides, le myocarde ne paraît pas avoir subi de dégénérescence appréciable: quelques plaques d'athérome sur le pourtour de la valvule mitrale. Les valvules sigmoïdes sont souples et normales. Rien à noter du côté des cavités droites.

La crosse de l'aorte ne présente aucune trace de dilatation latérale ou circonférentielle, mais elle est incrustée de nombreuses plaques d'athérome.

Les lésions les plus remarquables se trouvent dans la cavité abdominale. Après ablation des anses intestinales, on aperçoit en arrière du péritoine un énorme caillot sanguin situé immédiatement en avant de la colonne vertébrale et tapissé en avant par le feuillet séreux qui forme comme sa paroi antérieure. Ce caillot s'étend verticalement: des pêliers du diaphragme à la partie supérieure du sacrum, transversalement, de chaque côté de la colonne vertébrale, qu'il déborde plus à gauche qu'à droite recouvrant partie du rein droit et la totalité du rein gauche, en avant desquels il est placé, ainsi que les psoas et les muscles carrés des bombes. En bas, il s'effile pour plonger dans le bassin, le long du sacrum. Il est d'une couleur noirâtre, de consis ance rénitente.

Un examen attentif permet de reconnaître que ce caillot n'a que des rapports de contiguïté avec les veines iliaques et la veine cave, qui traversent simplement sa masse, sans présenter de solution de continuité. Il n'en est pas de même de l'aorte; ce vaisseau est immérgé complètement dans la masse du caillot, au milieu duquel il faut le sclupter. Extérieurement, on constate à la partie antérieure du vaisseau, à 2 c. 1/2 de sa bifurcation, au-dessous de la naissance de la mésentérique inférieure, la présence d'un orifice de 1 c. de longueur environ, de forme irrégulièrement ovalaire, bordé circonférentiellement par un soulèvement de la tunique externe qui est détachée de la moyenne. Après l'ouverture pratiquée par la face postérieure, on constate l'existence d'une solution de continuité à peu près linéaire, qui correspond à la fente vue de l'extérieur. Au-dessus de cet orifice, la tunique externe est soulevée, et entre elle et la membrane moyenne, on trouve un caillot fusiforme de 5 c. de longueur environ et de 1 c. d'épaisseur.

La face interne de l'aorte abdominale est incrustée dans toute son étendue de plaques athéromateuses et calcaires rugueuses et saillantes, sur lesquelles se voient çà et là quelques ulcérations. Ces lésions se retrouvent, mais bien moins marquées, au niveau de l'aorte thoracique. D'ailleurs sur aucun point de l'aorte, depuis la crosse jusqu'à la terminaison, on ne constate la moindre trace de dilatation.

Pour compléter les détails de l'autopsie, nous dirons que les reins présentaient extérieurement l'aspect du gros rein

blanc et qu'il existait une suppuration légère du sinus frontal gauche. Nous avons tenu à rapporter ces particularités, bien qu'elles ne paraissent avoir joué aucun rôle dans le mécanisme de l'accident qui a entraîné la mort. Celle ci doit sans conteste être mise sur le compte de la rupture de l'aorte et de l'hémorrhagie qui en a été la conséquence. Rappelons en passant que cette hémorrhagie a été considérable), foudroyante par sa quantité même. Le poids du caillot dépassait en effet 1.200 grammes, quantité suffisante pour amener la mort chez une malade déjà anémiée et déprimée par les progrès de son affection aortique.

Réflexions. — Le fait que nous venons de rapporter est un exemple remarquable de rupture spontanée de l'aorte. La lésion a été ici incontestablement préparée par l'altération généralisée et profonde des tuniques vasculaires. Athérome, calcification et ulcération constituent en effet des modifications pathologiques qui compromettent gravement la solidité et la résistance du principal vaisseau artériel de l'économie, de celui qui subit au plus haut degré les variations si nombreuses et si fréquentes de la tension artérielle. On comprend dès lors sans peine que la paroi affaiblie présente des points de moindre résistance qui viendront à céder à un moment donné, par exemple sous l'influence d'un effort grâce auquel la pression sanguine sera portée brusquement à son maximum. Tel a été sans doute le mécanisme de la mort chez notre malade, bien que nous n'ayons pu saisir sur le fait la cause occasionnelle de l'accident, c'est-à-dire l'effort qui vraisemblablement aura déterminé la rupture préparée depuis longtemps par l'altération profonde des parois. Une remarque importante à faire ici, c'est qu'il n'existait au niveau du point fissuré aucune trace de dilatation anévrysmale. Nous insisterons sur cette constatation qui vient à l'encontre de l'opinion généralement accréditée, d'après laquelle les ruptures de l'aorte surviendraient à peu près exclusivement à l'occasion et au niveau des poches anévrysmatiques de ce vaisseau. Il y a dans cette opinion une exagération dont notre cas suffit à faire justice. Toujours est-il que ce genre de lésions présente un véritable intérêt, d'abord en raison de sa rareté relative, ensuite sous le rapport de l'obscurité dont sa genèse, son mécanisme et son diagnostic sont parfois entourés.

A en croire l'auteur de l'article *Aorte* (Dict. de Jaccoud), ces ruptures spontanées seraient pourtant chose très fréquente. Le fait est que cet article porte mention d'un assez grand nombre de cas où cette lésion a été signalée, mais la plupart d'entre eux se rapportent à des sujets atteints d'anévrysmes de l'aorte où de ses branches, et ne sauraient en conséquence être identifiés avec le nôtre, dans lequel toute dilatation faisait défaut. D'un autre côté, il résulte des statistiques, et notamment de celle qui a été dressée par Broca, que ces ruptures sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et que, d'autre part, elles ont lieu bien plus souvent au niveau de l'aorte thoracique que dans la longueur de l'aorte abdominale.

C'est ainsi que sur un total de 28 cas, M. Broca relève 19 ruptures dans le péricarde, 7 le long de l'aorte thoracique, et 2 seulement au niveau de l'aorte abdominale. Dans le plus grand nombre des cas, la mort a suivi presque instantanément la rupture. Pourtant il y a des exemples de survie ayant duré plusieurs heures et même plusieurs jours: circonstance qui s'explique aisément par la disposition même de certaines ruptures, trop étroites pour donner passage à une grande quantité de sang, ou placées à l'intérieur d'une membrane (péricarde) qui limite par avance l'abondance de l'hémorrhagie. Ajoutons enfin que les observateurs s'accordent assez bien sur les causes éloignées ou prochaines qui préparent ou diminuent la rupture. La dégénérescence athéromateuse et calcaire est mise ainsi au premier plan, comme lésion préparatoire. Et de fait, c'est elle qui est notée dans presque toutes les observations où la relation clinique a été suivie d'autopsie.

Du reste, nous avons eu connaissance de certains cas semblables qui ont été communiqués récemment et dont l'histoire pourrait servir de complément à celui que nous venons de relater. Un de ces faits nous a été communiqué par M. le Dr Barié, il date déjà de quelques années :

Un manœuvre de 42 ans, ancien soldat, était entré à l'hôpital Saint-Antoine pour des troubles respiratoires datant de plus de deux ans. Il y avait de l'essoufflement, surtout dans la marche et dans les efforts. Pendant les hivers une toux fréquente avec expectoration abondante. En outre des signes d'une bronchite aiguë, avec emphysème, on constatait que le cœur était un peu gros, ayant sa pointe abaissée dans le 6e espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Bruits cardiaques réguliers, un peu sourds, pas de souffles ni d'arythmie. Pouls régulier, un peu ralenti : pas d'altération appréciable des artères. Légère trace d'albumine dans les urines.

Un dimanche, environ une heure après la visite, le malade se plaint de douleurs abdominales subites. Ces douleurs augmentent graduellement d'intensité, puis sont calmées temporairement par un lavement laudanisé. Vers onze heures une vive oppression se déclare, avec suffocation et sensation d'une vive douleur périombilicale. On applique des ventouses sèches, on fait respirer du vinaigre et de l'éther. Malgré l'emploi de ces moyens, la mort survient, quelques minutes après le début des accidents.

L'autopsie pratiquée avec soin permit de constater d'abord un emphysème manifeste des deux poumons et une hypertrophie cardiaque assez notable, mais sans lésions valvulaires appréciables. L'aorte était un peu dilatée au niveau de la crosse et parsemée de quelques plaques athéromateuses. A un centimètre environ au-dessous de l'émergence de la sous-clavière gauche, on trouva sur la face postérieure de l'aorte une fente linéaire, un peu oblique, d'un demi-centimètre de long, occupant toute l'épaisseur des tuniques de l'artère. Il y avait là une perforation complète, obturée intérieurement par un gros caillot noirâtre, de la grosseur du poing, un peu adhérent aux organes voisins et surtout à l'œsophage. Le médiastin postérieur renfermait une certaine quantité de sang qui paraissait fraîchement coagulé.

La face interne de l'aorte étant recouverte de plaques athéromateuses feuilletées, dures et calcifiées. Ces plaques existaient au pourtour de la rupture, mais elles étaient toutefois moins nombreuses et moins épaisses qu'au niveau de la crosse aortique. L'aorte abdominale était normale. Les autres viscères ne présentaient rien de particulier.

Nous avons à peine besoin de faire remarquer l'analogie de ce fait avec celui que nous avons rapporté tout à l'heure.

Les circonstances préparatoires de la rupture ont été à peu près identiques dans les deux cas et la cause occasionnelle, chez l'un comme chez l'autre, a dû résider dans un effort intercurrent. Cliniquement, la ressemblance a été aussi très grande, puisque la mort est survenue d'une manière à peu près subite chez les deux sujets, par le seul fait de l'abondance de l'hémorrhagie. Le rapprochement des deux cas est donc légitime et c'est pour en tirer les conclusions autorisées que nous avons cru devoir leur donner place dans cet exposé.

P. MUSELIER.

REVUE CRITIQUE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LE TABES

La question soulevée récemment par M. Raymond, à propos d'un simple fait clinique, a eu la bonne fortune de provoquer une discussion qui n'aura pas été stérile, et dont nous pouvons espérer voir sortir quelque enseignement. Par l'analyse raisonnée de ce fait, notre collègue a été conduit à établir une relation étroite entre la grande sclérose médullaire, nommée tabes dorsalis, et cette autre affection non moins élevée dans la hiérarchie neurologique, qui s'appelle la paralysie générale progressive. Cette relation serait telle, d'après lui, que l'on devrait conclure à l'identité de nature et ranger dans une même espèce nosologique deux maladies considérées longtemps comme tout à fait dissemblables. Cette tentative d'assimilation se justifierait d'abord par le fait de l'association clinique assez souvent constatée, en second lieu, par la ressemblance extrême des lésions fondamentales, intimes, qui constituent le substratum et pour ainsi dire l'essence de chacune des deux maladies. Tels sont, sauf erreur de notre part, le résumé exact et la signification véritable des arguments invoqués pour justifier cette tentative de rapprochement. Précédemment, nous avons fait présenter notre adhésion en faveur de cette théorie qui, entre autres mérites, présente l'avantage de simplifier la pathologie et de marquer un pas vers ce but toujours désirable, l'unification nosologique. Mais la question est loin d'être simple, et des objections auxquelles on pouvait s'attendre ont été présentées à ce propos par des observateurs pourvus d'une autorité également compétente.

C'est d'abord la fréquence de l'association entre les deux maladies qui serait contestable, au dire des opposants. Un de ces derniers, M. Ballet, va même jusqu'à nier cette coïncidence, en invoquant le témoignage de sa propre expérience, qui ne lui aurait pas donné l'occasion jusqu'à ce jour d'en observer un seul exemple suffisamment probant. Il est vrai que M. Ballet a visé spécialement ici le cas particulier de la paralysie générale succédant à l'ataxie: car il reconnaît avoir rencontré plusieurs fois la disposition inverse, celle dans laquelle l'apparition des symptômes tabétiques est précédée par les manifestations de la périencéphalite. Mais cette dernière remarque ne l'empêche pas de maintenir ses conclusions négatives. A la suite de cette première objection, se place celle qui est tirée du fait de la différence considérable que l'on constate ordinairement dans l'évolution et la durée des deux maladies, dont l'une, médullaire, ne met guère moins de quinze à vingt ans pour arriver à son terme, tandis que l'autre, cérébrale, accomplit son cycle en un espace de temps beaucoup plus restreint qui n'excède guère trois ans. Puis il y a des considérations fondées sur l'examen des lésions anatomiques qui caractérisent l'une et l'autre affection. Celles du tabes commencent de préférence au niveau des tubes nerveux, tandis que celle de la périencéphalite serait essentiellement prévasculaire. Cette dernière objection, d'ordre purement histologique, ne serait pas la moins valable aux yeux de M. Ballet, parmi celles qui autorisent à écarter définitivement la doctrine de l'identité, appliquée à deux affections qui ont été considérées jusqu'à ce jour comme parfaitement dissemblables.

La même critique a été formulée par M. Joffroy, dont la compétence en matière de neurologie est également indiscutable. Toutefois notre collègue n'affirme pas aussi résolument la dualité anatomo-pathologique de la paralysie générale et du tabes. Il reconnaît bien que la lésion initiale et caractéristique de ce dernier est surtout péri-tubulaire, et que les altérations cellulaires et péri-vasculaires sont consécutives et secondaires, pour ainsi dire accessoires. Mais il se montre moins catégorique en ce qui concerne la paralysie générale. Seulement il penche visiblement pour l'opinion qui place le point de départ de cette maladie dans les cellules et dans les tubes nerveux de la masse cérébrale, ce qui, d'ailleurs, n'équivaut point, dans sa pensée, à une acceptation définitive de la doctrine de l'identité. L'anatomie pathologique oppose, en effet ici une objection sérieuse, qui est tirée du mode d'évolution des lésions. L'altération du tabes est localisée exclusivement au système central sensitif, et se trouve par conséquent systématisée dès le début et pendant presque toute la durée de la maladie, tandis que celle de la paralysie générale frappe en quelque sorte au hasard les systèmes moteur, psychique et trophique, touchant beaucoup plus rarement au système sensitif. En fait, la portée de cette objection est considérable, et il serait injuste d'en méconnaître la valeur.

En ce qui concerne la coexistence des deux maladies, invoquée si volontiers par les partisans de l'identité, M. Joffroy ne voit dans ce fait qu'un simple hasard de coïncidence fort comparable à celui qui associe parfois l'encéphalite diffuse avec certaines affections cérébro-spinales d'un ordre très différent, comme la sclérose en plaques, l'hémiplégie, l'hystérie, où le tabes avec des névroses tout à fait étrangères à son propre développement. Ainsi, en rapprochant ces arguments négatifs, on devrait conclure à la non-identité des deux maladies et maintenir l'ancienne séparation, tout en reconnaissant qu'il y a entre elles des points de ressemblance et des liens de parenté étiologiques non douteux. Cette parenté s'expliquerait, d'ailleurs aisément, si l'on admet qu'il existe à l'origine de chacune d'elles, une prédisposition spéciale, une vulnérabilité particulière du système nerveux, issue de l'hérédité, prédisposition qui n'attendrait, pour se manifester plus tard, au cours de la vie, que l'une quelconque des causes incidentes habituellement invoquées en pareil cas. L'intervention de la syphilis jouerait ici un rôle particulièrement actif. On voit par là que M. Joffroy s'est tenu sur un terrain mixte, pour apprécier cette question difficile des rapports du tabes et de la paralysie générale. Son opinion, ainsi résumée, ressemble assez à une formule de conciliation. Mais pour ceux qui sont simplement auditeurs du débat, le point délicat est de savoir discerner, au milieu de ces différentes propositions, celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Pour résoudre cette question, il faudrait une expérience clinique plus approfondie que la nôtre et une compétence histologique exceptionnelle, qui n'appartient qu'à un petit nombre

de privilégiés. Il nous semble, toutefois, que l'interprétation de M. Joffroy, moins négative et moins radicale, a plus de chances de se rapprocher de la réalité. D'un autre côté on ne peut contester la force des arguments au moyen desquels M. Raymond, l'initiateur de la discussion, a cru devoir défendre sa thèse. Parmi ceux-là il en est un de particulièrement valable à notre sens: c'est l'argument tiré de la fréquence relative de la coïncidence, car ce fait bien constaté impose l'idée de relation, en vertu d'une filiation logique et d'une induction parfaitement légitime. Il faut souligner aussi l'argument tiré de l'étiologie, si souvent commune aux deux maladies, comme très favorable à la théorie de l'identité. Quant à l'objection tirée de la différence du processus histologique dans les deux maladies, elle n'est guère fondée, car il y a doute jusqu'à présent sur ce point dans l'esprit des pathologistes, et les matériaux nécessaires pour résoudre cette question font encore défaut. Nous sommes donc amenés, en fin de compte, à considérer provisoirement la théorie de l'unité nosologique du tabes et de la paralysie générale comme une hypothèse vraisemblable, partant très acceptable, à laquelle manque toutefois le criterium indispensable de la démonstration histologique. Il est probable que celle-ci n'est plus qu'une affaire de temps, peut-être une simple question de perfectionnement dans les procédés techniques mis en œuvre jusqu'à ce jour.

P. MUSELIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU SYCOSIS

Le sycosis est une dermatose parasitaire, qui souvent, se montre très rebelle à nos moyens d'intervention. Or un médecin de Halle, M. E. Kromayer, a fait connaître récemment (*Therapeutische Monatshefte*, avril 1892, p. 181) un procédé du traitement qui, à en croire ce médecin, a la valeur d'une médication presque infaillible, lorsqu'il est appliqué méthodiquement et avec persévérance.

M. E. Kromayer part de ce principe que tout sycosis est parasitaire et se propage par voie d'auto-infection épidermique. D'où ces deux indications à remplir:

1° Empêcher l'auto-infection épidermique, et par là prévenir l'extension de la dermatose et les récidives;

2° Guérir les foyers d'infection déjà existants. Les remèdes mis en œuvre par M. Kromayer pour remplir la seconde indication n'ont rien de nouveau, l'auteur s'empresse de le reconnaître. Ils consistent dans l'emploi des antiseptiques, destinés à détruire les micro-organismes qui entretiennent la dermatose. Malheureusement il est difficile d'atteindre ces micro-organismes une fois qu'ils ont pénétré dans les follicules pileux. Il ne reste plus, dès lors, qu'à appliquer un pansement qui protège la peau contre les causes d'irritation, et qui, en même temps, agisse contre l'élément inflammatoire. M. Kromayer emploie, concurremment avec l'épilation, les applications d'une pommade dont la formule a été donnée par Rosenthal:

Recette.	Acide tannique	2 parties
	Soufre précipité	4 —
	Oxyde de zinc }	ââ 7 —
	Amidon }	
	Vaseline jaune	20 —

Quand la peau est le siège d'infiltrations dures et de nodosités un peu volumineuses, ces moyens ne sont pas suffisants. Il faut alors recourir à l'incision, aux scarifications, à l'emploi de la cuiller, aux applications de Priesnitz.

Quand de nombreuses pustules de pus se sont formées autour des poils, il faut ouvrir ces pustules, et cautériser ultérieurement avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

En combinant ces moyens suivant les circonstances, on réussira toujours à obtenir la guérison des parties malades en un espace de temps variable de une à plusieurs semaines. Mais encore faudra-t-il, pour que la guérison soit définitive, remplir la première indication faudra-t-il empêcher la dermatose parasitaire de s'étendre et prévenir les récidives. Deux voies s'offrent à nous pour atteindre ce résultat:

1° Rendre impossible l'infection, en épilant non seulement les régions malades, mais encore les parties saines, moyen infaillible quand il peut être mis en pratique et qu'il est bien supporté par les malades.

2° Anéantir les micro-organismes issus d'une pustule de sycosis, avant qu'ils aient pu pénétrer dans les follicules pileux, au moyen d'une énergique désinfection de la peau. Dans ce but M. Kromayer emploie, depuis deux ans, une solution de sublimé ainsi composée:

Sublimé	1 partie
Alcool de vin	99 —

Avec un tamponnet de ouate, il fait, matin et soir, des applications de cette solution sur la peau, dans les régions envahies par le sycosis et dans les parties saines avoisinantes. Ce moyen a presque toujours suffi pour empêcher la dermatose de s'étendre, et pour prévenir les récidives, quand l'emploi en était continué pendant quelque temps après une guérison apparente.

Voici, en somme, comment le traitement sera institué:

Le soir, après que la barbe aura été rasée ou coupée très court, et après enlèvement des croûtes et de la crasse, on épilera, on tamponnera la peau avec les tamponnets d'ouate imbibés de la solution de sublimé, on appliquera une certaine quantité de la pommade formulée ci-dessus.

Le matin on enlèvera la pommade, on nettoiera la peau avec de la paraffine, on désinfectera la peau avec la solution de sublimé, on appliquera une nouvelle couche de pommade, à moins que les occupations du malade s'y opposent, et alors on enduira la peau avec de la vaseline, et ainsi de suite.

M. Kromayer a traité de la sorte 30 cas de sycosis, et d'une façon constante il a obtenu une guérison rapide, définitive, de sorte qu'aujourd'hui il n'hésite plus à prédire aux malades un succès rapide, sans crainte de se tromper.

La moitié au moins de ces 30 cas se rapportaient à des sujets qui se sont faits traiter à la policlinique; la plupart étaient des ouvriers. Dans 3 cas il y avait eu formation de nodosités très volumineuses; 3 autres cas avaient été traités pendant longtemps par des spécialistes, sans succès. Un de ces cas témoigne d'une façon particulièrement nette en faveur du traitement préconisé par M. Kromayer; il concernait un étudiant en médecine, qui avait été traité pendant des années et par des spécialistes en renom. Il avait épuisé toute la série des remèdes préconisés contre le sycosis. Soumis au traitement de M. Kromayer, il a été guéri en l'espace de six semaines. Il a continué de faire usage des lotions de sublimé. Sa barbe a repoussé, et il n'y a pas eu de récidive.

E. RICKLIN.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(*Suite.*)

Os et articulations (*suite*)

M. Piéchaud (Bordeaux) rappelle les désordres que la paralysie infantile amène autour de la hanche comme autour des autres articulations, consistant en des déviations plus ou moins accentuées dues à la rétraction progressive des muscles conservés ou guéris. Selon la méthode de M. Lannelongue (Bordeaux), M. Piéchaud, dans un cas personnel, a sectionné largement, à ciel ouvert, toutes les parties musculaires qui empêchaient la réduction, et comme dans ces deux cas M. Lannelongue, M. Piéchaud, dans son cas personnel, a obtenu une guérison par première intention avec correction entière de la difformité. Il reste entendu que l'immobilisation d'abord et l'électricité ensuite sont des conditions essentielles de la guérison définitive.

— Plusieurs autres communications ont été produites devant le Congrès par MM. Moty (Val-de-Grâce) sur les atrophies osseuses symptomatiques des névrites traumatiques, Girard (Grenoble), sur l'ostéomyélite du pubis chez les adolescents; Guermonprez (Lille), sur l'autoplastie de la main par désossement de deux doigts; Montaz (Grenoble) sur le traitement des articulations flottantes; enfin, de M. Potherat (Paris) sur la polyarthrite infectieuse et son traitement heureux par l'arthrotomie accompagnée de lavages abondants de solution de sublimé à 1/1000 coupée d'eau bouillie.

M. Calot (Berck-sur-mer) est venu prouver, à l'encontre de Malgaigne, que la réduction des luxations spontanées du fémur est encore possible. Mais la condition de la réduction est que, sous le chloroforme, on agisse lentement par des tractions très vigoureuses, précédées de manœuvres d'assouplissement pouvant durer d'une demi-heure à une heure. Il n'existe qu'une seule contre-indication à tenter ces manœuvres, c'est la cachexie du sujet.

Rachis.

Le rachitisme tardif n'est plus aujourd'hui à prouver. Cependant, à l'appui de cette doctrine, M. Levrat (Lyon) apporte trois catégories de faits : « 1° dans un premier ordre de faits, je place des cas de scoliose, j'ai vu 11 malades qui tous avaient une scoliose et un goitre; le développement des deux affections avait été symétrique. En plus, y avait-il des nouures rachitiques? Existe-t-il un rapport entre le goitre et le rachitisme? On peut dire qu'il s'agit là d'une affection générale à manifestations multiples, osseuses et goitreuses; 2° j'ai signalé l'existence de fausses coxalgies rachitiques. Les enfants avaient des signes de coxalgie, le bassin suivait les mouvements de la cuisse, mais il n'y avait pas d'atrophie musculaire. Je crus à des coxalgies; mais le repos faisait tout disparaître. Ce sont des cas de rachitisme tardif; plusieurs malades ont été ultérieurement atteints de goitre; 3° dans un troisième ordre de faits se rangent des cas extrêmes de genu valgum. L'un des malades de cette catégorie présentait une épine très saillante sur le tibia et était porteur d'un goitre. »

Traitement : électrisation du côté convexe de la colonne vertébrale; corset de plâtre trois mois seulement après le début du traitement.

M. Boiffin (Nantes) entre dans quelques détails sur deux cas de *trépanation rachidienne* pratiquée la première pour traumatisme, la seconde pour lésion tuberculeuse, la moelle étant comprimée dans les deux cas, d'où paraplégie. Insuccès par infection urinaire la première fois; amélioration notable la seconde. M. Poncet (Lyon), dans un cas *de spina bifida sacré*, incisa la poche, évacua le liquide hématique, pratiqua la décortication; puis, étant arrivé sur l'orifice osseux, il fit la résection de la poche, referma l'orifice par un double plan de sutures. La guérison eut lieu sans complication.

Cou, face, thorax.

Dans le *traitement chirurgical de la conjonctivite*, M. Abadie (Paris), à l'aide de la brosse, a obtenu d'excellents résultats, mais il faut opérer sous le chloroforme. Les guérisons sont complètes quand la méthode a été appliquée dans toute sa rigueur et si l'on prend soin, les jours suivants, de retourner les paupières et de les laver avec une solution de sublimé à 1/500. Il va sans dire que pendant toute la durée du traitement la plus stricte antisepsie doit être observée.

M. Delagenière (Le Mans) a pratiqué une *pneumectomie partielle pour gangrène pulmonaire*. Il s'agissait de vider un foyer purulent limité en bas par le diaphragme et en haut par le lobe inférieur du poumon, atteint de gangrène. Les parties gangrenées sont enlevées avec des pinces et des ciseaux; il en résulte une cavité du volume du poing soigneusement lavée et drainée. Le malade guérit au bout de six semaines.

M. Delagenière pense que pour réussir une opération de pneumectomie, il est nécessaire d'observer les règles qu'il a lui-même suivies. Il faut extirper aussi complètement que possible le foyer gangrené et pour pratiquer cette résection pulmonaire, il faut toujours ouvrir très largement la plèvre; s'il y a lieu, on réséquera pour y arriver une ou plusieurs côtes.

MM. Piéchaud (Bordeaux) et Calot (Berk) font des communications l'un sur le *traitement du bec de lièvre double compliqué*, et le second sur le *traitement des cicatrices d'origine strumeuse de la région cervicale*. M. Charvot (médecin militaire) réunit 20 cas d'*hématomes du pli du coude* qu'il croit liés à la luxation du coude, la rupture des fibres du muscle brachéal antérieur se faisant à la suite du traumatisme violent qui amène la luxation. Cependant on les observe dans des violences moindres.

La caractéristique de la tumeur formée est de diminuer et de durcir par le temps. Elle pourrait devenir cartilagineuse et même osseuse.

M. Schmit (médecin militaire) relate un cas de *gynécomastie unilatérale avec sécrétion de liquide par le mamelon*, consécutive à une attaque d'oreillons compliqués d'orchite double. Au cours des considérations que lui suggère cette observation, il émet l'opinion que l'ablation des mamelles, dans ces cas de gynécomastie, ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement.

Utérus et annexes.

M. Girard (Grenoble) établit les règles qu'il suit habituellement dans le *traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale* : ligatures énergiques du pédicule en autant de parties qu'il le faut; ablation des annexes si elles sont altérées; non-cautérisation du pédicule; ne pas toucher aux ovaires s'ils sont sains; restreindre en un mot, l'opération à son minimum de temps et de mutilation.

M. Chaput (Paris) préconise le débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire quand les opérations sur l'utérus sont difficiles en raison de la disproportion entre le volume

de l'organe et le diamètre de la vulve. Ce débridement est, selon les cas, unilatéral ou bilatéral. Il s'opère par transfixion; l'hémostase est assurée par des pinces qu'on laisse en place pendant la durée de l'intervention consécutive; on suture ensuite la lésion vaginale et la lésion cutanée à l'aide de crins de Florence. L'iodoforme est l'antiseptique de choix. A une observation de M. Picqué (Paris) qui pense que ce procédé est douloureux et qu'il vaut mieux avoir de bons aides dans l'hystérectomie vaginale, M. Chaput répond qu'il ne conseille pas le débridement pour toutes les opérations sur l'utérus mais que ce procédé facilite certaines de ces opérations, par exemple lorsqu'il y a une grosse tumeur à enlever et une vulve très étroite.

M. Michaud (Paris) se sert de *la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles*. Dans un premier temps, il fait une incision périnéale de 10 centimètres parallèle au sillon interfessier et commençant au niveau de l'anus pour se terminer au croisement de la grande lèvre avec l'arcade ischio-pubienne; dans un deuxième temps le vagin est incisé à sa partie supérieure, sur le milieu de sa face latérale, sur une étendue de 6 centimètres. Avivement et suture de la fistule par les procédés classiques. On ferme alors par une suture en surjet la boutonnière vaginale et par une suture au crin de Florence la boutonnière périnéale.

M. Boursier (Bordeaux) établit *quelques formes cliniques de torsion de pédicule dans les kystes de l'ovaire*, torsion avec étranglement complet ou incomplet. Dans une première observation il montre un fait de torsion permanente avec crises à répétition, exagérations soudaines et progressives de la rotation; dans une seconde observation la torsion ne s'est manifestée que par un accroissement rapide de la tumeur avec hémorrhagie intra-kystique.

M. Schwartz (Paris) rapporte une observation d'*absence totale du vagin et de l'hymen*, chez une fille de 25 ans; la malade portait deux hernies inguinales contenant les canaux de Müller aberrants. M. Schwartz créa un vagin artificiel et fit la cure radicale des hernies; guérison complète.

M. Routier dans le *traitement des suppurations pelviennes*, ne fait jamais l'hystérectomie sans avoir, au préalable, fait la boutonnière rétro-utérine et avoir exploré les annexes; il rejette le morcellement de l'utérus, et fait l'hystérectomie par le procédé de la section médiane.

M. Gross (Nancy), a extirpé par la laparotomie *un fibromyome de 2.500 gr. dont le pédicule était inséré sur le ligament large du côté droit*, il place le point de départ de ces tumeurs dans les fibres musculaires du ligament.

M. Potherat (Paris) lit l'observation suivante: *pyoxalpinx double* chez une femme de 38 ans; laparotomie et guérison; occlusion intestinale consécutive, qui exigea une seconde laparotomie suivie de guérison.

Veines.

M. Ch. Remy (Paris) traite les *varices et les ulcères variqueux par l'extirpation des veines malades*. Le procédé est sans danger, si les veines sont sectionnées et liées avec soin pour éviter l'infection. Sur 44 opérés, jamais il n'y a eu de phlébite.

M. Quénu (Paris) préconise, dans certains cas, le *traitement chirurgical de la sciatique des variqueux*. Il met à nu le nerf sciatique au haut de la cuisse et excise les veines entourant ce nerf.

M. Moure (Bordeaux) communique une observation d'*otite moyenne suppurée avec phlébite des tissus*, la trépanation fut faite au lieu d'élection et le malade guérit.

Nerfs.

M. Ehrmann (Mulhouse) communique un fait de *suture secondaire du nerf radial dans l'aisselle et à distance*. C'est le 3e cas seulement de ce genre. La suture eut lieu dix semaines après l'accident. Après l'avivement il restait à combler cinq centimètres de longueur, ce qui fut fait au moyen de trois anses de catgut; la sensibilité revint dix semaines après et la mobilité neuf mois après. Le conducteur en catgut a donc suffi à guider la régénération nerveuse.

M. Lagrange (Bordeaux) fait une communication sur les *tumeurs malignes du nerf optique*. Ces tumeurs sont des sarcomes; elles se reconnaissent de bonne heure; elles ne se propagent pas du côté de la pupille et n'amènent la perte de l'œil que par pression et tardivement, il en résulte que l'extirpation complète du mal conserve l'œil quand elle a été faite assez tôt.

M. Pollosson (Lyon) a pratiqué la *névrotomie du nerf dentaire inférieur suivant les principes de la sensibilité récurrente* dans un cas de névralgie périphérique rebelle inférieure de ce nerf. M. Pollosson réséqua le bout périphérique du nerf séparé des centres par une opération antérieure et la névralgie disparut.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution a l'étude du sarcome de la parotide (sarcome pur), par L. Rodriguez. — Thèse de Paris.

Bien que dans l'immense majorité des cas les sarcomes de la parotide soient des sarcomes mixtes (myxo-sarcomes, fibro-sarcomes, chondro-sarcomes), le sarcome pur peut également s'y rencontrer, affectant la forme globo-cellulaire, fusocellulaire, mélanique ou kystique.

Les sarcomes purs laissent généralement indemne le système ganglionnaire et n'adhèrent jamais au paquet vasculonerveux du cou. Leur évolution est lente; leur généralisation est possible, leur récidive fréquente.

L'extirpation est le seul traitement qui leur soit applicable. Facile quand la tumeur est encapsulée, la glande entière doit être sacrifiée dans le cas contraire, avec destruction du nerf facial et de la carotide externe, en raison des rapports de ces derniers avec la parotide.

Le travail de M. Rodriguez se recommande à de nombreux titres et en particulier par la clarté, la lucidité de l'exposition, la richesse des faits. Des vingt-six observations qu'il rapporte deux lui sont personnelles et il les fait suivre de la photographie des sujets qui en ont été l'objet.

De la suture des nerfs et en particulier de la suture secondaire, par A. Mouton. — Th. Paris.

Quelle que soit la théorie par laquelle on l'explique, régénération, récurrence, inhibition, la suture des nerfs donne souvent des résultats inespérés. Aussi doit-elle être tentée peu après l'accident qui a occasionné la section nerveuse ou même plus tard en vue de provoquer le rétablissement de la sensibilité, de la motilité et de s'opposer aux troubles trophiques. Dans le premier cas la suture est immédiate ou primitive, dans le second elle est médiate ou secondaire.

La suture secondaire dont s'occupe M. Monton est donc celle que l'on pratique plus on moins longtemps après la section alors que les denx bouts sont cicatrisés. On doit d'abord saisir délicatement, pour ne point le léser, le hont du nerf avec une pince par son névrilème ou avec les doigts. Puis après section avec les ciseaux, on enfonce l'aiguille à cinq millimètres de la surface sectionnée et on la pousse à travers toute l'épaisseur. On fait de même pour l'autre bout que l'on traverse en sens inverse. Reste à serrer doucement le nœud au ras duquel on coupe les fils.

S'il y a perte de substance, telle que malgré la flexion du membre et la traction qu'exercent les fils on ne puisse mettre les deux segments au contact, on pourra pratiquer la suture à distance: des fibres nerveuses de nouvelles formation se développeront autour des fils.

Les fils employés généralement sont le catgut et le crin de Florence. — Inutile de recommander la plns scrupuleuse antisepsie. Il importe d'éviter à tout prix la suppuration qui provoque la formation de tissu fibreux.

CH. AMAT.

MÉDECINE PRATIQUE

Donleurs névralgiqnes violentes

Sulfate d'atropine	0 gr. 05
Chlorlydrate de cocaïne	0 — 25
Sulfate de morphine	0 — 25
Hydrate de chloral	4 — 00
Camp're	4 — 00

En applications locales.

M. STEER. (*Times and Register*, 19 mars 1892.)

Infusion de chiendent (*Triticum repens*)

Feuilles de sené	ãã 25 parties
Triticum repens	ãã 25 parties
Balmonie	1 —

Une ou deux cuillerées à café pour préparer une tasse d'infusion à la manière du thé. Le boire le soir en se mettant au lit aussi chaud que possible. Ce sera là un diurétique en aucune façon irritant pour les reins.

E. CHENERY. (*Times and Register*, 19 mars 1892.)

Contre la tonx et la hronchite aiguë

Chlorhydrate d'apomorphine	5 centigrammes
Acide chlorhydrique dilué	X gouttes
Sirop	16 grammes
Eau de menthe poivrée	50 —

Une demi à une cuillerée café à toutes les deux heures.

WHITAKER. (*Philadelphia med. news*, 26 mars 1892.)

BULLETIN

LE PRONOSTIC DE LA PLEURÉSIE. — LA MÉTHODE DE M. BROWN-SÉQUARD. — L'ANTISEPSIE INTESTINALE.

L'Académie a déjà consacré plus de quatre séances à discuter la question du traitement de la pleurésie, et on pouvait croire ce sujet à peu près épuisé. Mais le débat s'est élargi et a pris une antre direction, par l'accession de certains orateurs qni l'ont envisagé à un point de vue plns élevé et qui ont refait à leur manière l'histoire d'une maladie encore insuffisamment connue malgré son extrême fréquence. C'est un médecin militaire, M. L. Colin, qui est venu exposer le résultat d'une enquête récente relative au pronostic de la pleurésie chez les soldats. Notre éminent confrère a pu démontrer, statistique en mains, que ce pronostic ne s'est pas modifié sensiblement et que l'augmentation de morbidité constatée dans ces deux dernières années tient pour une grande part à des causes surajoutées, en particulier à l'épidémie d'influenza qui a si manifestement aggravé la plupart des phlegmasies thoraciques. Cette dernière explication vaut bien assurément quelques-unes de celles qui ont été proposées, et notamment celle que l'on a crû trouver en invoquant la *constitution médicale*, un mot vide de sens dont nos prédécesseurs ont dû se contenter longtemps, faute de mieux. Du reste, M. L. Colin a fait preuve d'un sage éclectisme dans son appréciation des divers moyens de traitement usités vis-à-vis de l'inflammation pleurale. Si la ponction reste la méthode de choix pour un grand nombre de cas, il convient néanmoins de laisser une large part aux révulsifs, que les médecins de l'armée continuent à prescrire au hénéfice certain de leurs malades, ainsi qu'il ressort du pourcentage des statistiques publiées. M. L. Colin a pris de la sorte une position intermédiaire entre les fervents de la tradition, qui ont conservé le culte de la révulsion, et l'école de l'*aspiration*, qui s'affirme par une tendance peut-être exagérée à faire de la thoracentèse le principal, voire même l'unique moyen de traitement de la pleurésie.

— Il y a déjà plusieurs années que M. Brown-Séquard a fait connaître devant l'Académie des sciences les effets produits chez l'homme par les injections de suc testiculaire. A la suite, il s'est créé sous le patronage de l'illustre savant une véritable méthode, devenne très rapidement populaire, qui a été l'objet de nombreuses applications en France et à l'étranger. On aurait pn craindre qu'une vulgarisation aussi prompte et aussi universelle ne nuisît un peu à la cause, toute scientifique au fond, qui avait été le point de départ de ce nouveau système thérapeutique.

M. Brown-Séquard est venu mardi entendu en personne nous rassurer sur ce point, et nous l'avons entendu affirmer une fois de plus, avec une conviction entraînante, la valeur d'une méthode qui, d'après lui, aurait produit entre les mains d'expérimentateurs et de médecins autorisés des effets invariablement remarquables. A l'heure présente, le nombre des injections dépasserait déjà 20.000, et sur ce chiffre on n'aurait constaté pour ainsi dire aucun insuccès. Pour l'instant, nous nous contenterons d'enregistrer cette déclaration optimiste de l'initiateur de la méthode, du savant auquel nous devons de si intéressants travaux sur la dynamogénie des centres nerveux.

C'est à cette dernière fonction vraisemblablement qu'il faut rattacher le mode d'action si surprenant du suc testiculaire introduit dans la circulation. Il est extrêmement probable que cette matière agit à la façon d'un excitant et qu'elle exerce une stimulation sur les parties fondamentales du système nerveux, pour en augmenter passagèrement l'énergie. Gubler avait proposé autrefois un mot heureux pour caractériser les substances qui agissent d'une manière semblable, comme le thé, le café, la coca : il les appelait des médicaments *dynamophores*. M. Brown-Séquard aura eu le mérite d'enrichir d'un moyen efficace et inoffensif cette précieuse classe d'agents thérapeutiques.

— Malgré les progrès de la science et les promesses de la bactériologie, l'antisepsie interne est restée une conception à peu près exclusivement théorique, et il s'en faut qu'elle représente une conquête bien et dûment réalisée. On doit reconnaître pourtant que, dans cette voie, les travaux de M. Bouchard et de ses élèves ont marqué véritablement un pas en avant. Grâce à eux, nous possédons maintenant un certain nombre d'agents microbicides dont l'emploi trouve son indication dans une foule d'états pathologiques. Mais ces agents possèdent-ils réellement les propriétés qu'on leur attribue? Cette question est motivée par un important mémoire de M. Stern, mémoire qui aboutit à une sorte de négation, ou tout au moins à de formelles réserves, en ce qui concerne les notions relatives à l'antisepsie des voies digestives. L'auteur ne s'est pas contenté des moyens habituellement mis en œuvre pour déterminer la valeur des substances réputées *antiseptiques*. Il a institué des expériences spéciales et introduit dans le tube digestif des cultures d'un bacille facile à reconnaître et en même temps dépourvu de toute propriété pathogène nuisible. Il a pu constater ainsi que ce bacille se retrouve facilement dans les selles des individus expérimentés, malgré l'emploi parallèle et à doses élevées de substances antiseptiques telles que la naphtaine, le calomel, le naphtol, le camphre. L'auteur conclut de ces résultats que l'antisepsie intestinale est encore à l'heure présente une sorte de mythe et que l'action attribuée à ces substances est purement illusoire. C'est là une conclusion un peu décourageante, et surtout peu flatteuse pour les travaux de nos compatriotes : il y aurait d'ailleurs bien des objections à lui opposer. Néanmoins nous avons jugé utile de la faire connaître, ne fût-ce que pour montrer la nécessité de nouvelles recherches à l'effet de résoudre une question de pathologie générale particulièrement difficile.

P. M.

HYDROLOGIE MÉDICALE

LA REINE DES CHLORURÉES

NOUVELLE STATION DE « BESANÇON-LA-MOUILLÈRE »

La vieille capitale franc-comtoise possède, depuis longtemps, à ses portes, une riche source bromo-chlorurée sodique forte, la source de Miserey, qui unit, par une heureuse combinaison de la nature, la chloruration de Salies avec la bromuration de Salins-du-Jura. Elle vient de se décider, au grand bénéfice des malades, à ouvrir un vaste établissement, où aucune ressource balnéologique contemporaine n'a été laissée dans l'ombre.

Chlorurée-sodique simple, *forte*, bromurée, *athermale*, la source de Miserey-Besançon renferme, par litre, 298 gr. d'éléments salins et 0,108 de bromure de potassium. Les eaux mères concentrées renferment, par litre, 360 gr. de sels chlorurés ou alcalino-terreux et 7 gr. de bromure de potassium (analyses de MM. Boisson et Baudin). Quelle incomparable richesse !

Dans une remarquable brochure (que la Société des bains de Besançon se fera un plaisir d'envoyer à tous ceux de nos abonnés que la question intéresse), notre savant confrère le Dr Baudin, directeur du bureau municipal d'hygiène, nous décrit toutes les merveilles du nouvel établissement, installé avec un grand confort thérapeutique, dans une situation climatérique hors ligne, dans un site ravissant, à 10 *heures à peine de Paris* !

Les indications de semblables eaux sautent aux yeux de tous nos confrères : elles répondent au symptôme *atonie*, en général, et à l'atonie du système lymphatique en particulier. Les engorgements glandulaires chroniques, même lorsqu'ils atteignent le foie et la rate ; le rhumatisme chronique et la goutte ancienne, lorsqu'ils règnent dans une constitution molle, strumeuse ou chloro-anémique ; l'épuisement nerveux ou neurasthénie ; la débilité générale de l'enfance et du sexe féminin ; les adénopathies, ostéites, tumeurs blanches, mal de Pott ; la scoliose, les amyotrophies et les parésies ; les dermatoses dépendant de l'arthritis et de la scrofule, telles sont les principales indications des eaux de Besançon-La-Mouillère.

Les gynécologistes revendiqueront aussi la puissance de ces chloro-bromurées fortes pour guérir les fibro-myomes utérins, les métrites catarrhales et les salpingites, ainsi que pour corriger les déviations utérines. Enfin, le Dr Monin, de Paris, les recommande tout particulièrement pour combattre l'*atonie gastro-intestinale*, chez les arthritiques non congestifs. L'hydrothérapie, les bains maures, le massage, l'électricité, l'aérothérapie et la gymnastique médicale (supérieurement aménagés, dans le nouvel établissement), apporteront à la cure hydro-minérale les plus précieux concours. Enfin, l'administration des bains a eu l'heureuse idée d'adjoindre (pour la première fois en France, croyons-nous) une *cure de Kéfir*, et de présenter aux malades affaiblis ce prototype des aliments complets, à son *maximum* de digestibilité, dans des conditions de préparation extrêmement remarquables.

En voilà assez pour justifier l'enthousiasme des praticiens qui ont à cœur la santé de leurs clients ; pour moi, j'estime que Besançon-La-Mouillère brillera bientôt au premier rang de nos stations thermales : *Utinam maxima Sequanorum* !

Dr Pol. Vernon.

NOTES ET INFORMATIONS

Assistance publique — *Création de nouveaux hôpitaux.* — Une somme de 10 millions a été allouée à l'Assistance publique sur les fonds de l'emprunt de 1886, 7 milions 1/2 environ, exactement 7.349.944 fr. 06, n'ont pas été dépensés. Le préfet de la Seine vient de préparer un mémoire sur l'emploi de ce reliquat. En voici les principales conclusions :

1° Création, à Brévannes, pour dégager les hôpitaux de Paris, d'un quartier de chroniques de 400 lits ; coût : 2.789.817 fr. 40.

2° Construction, à Blancheface, canton de Dourdan (Seine-et-Oise), sur le domaine hospitalier, d'un hôpital pour phtisiques supposés guérissables, 700.000 francs.

Il n'existe, en Europe, qu'un établissement analogue, à Falkenstein (Autriche).

3° Construction, au croisement des rues Coysevox, Lamarck et Carpeaux, d'un hôpital dispensaire pour enfants.

Le terrain appartient à la ville de Paris. La dépense sera de 500.000 francs.

Ne seront admis dans cet hôpital que les enfants atteints d'affections aiguës. Les contagieux seront transportés immédiatement dans les autres hôpitaux.

C'est là une création tout à fait nouvelle et qui ne se retrouve nulle part.

4° Création d'un hôpital de teigneux à Saint-Louis, avec école primaire et demi-pensionnat, 700.000 francs.

5° Agrandissement de l'hospice La Rochefoucault, 500.000 fr.

Ce dernier travail permettra d'hospitaliser, chaque année, un plus grand nombre de vieillards.

Le Conseil avait également demandé la création d'un nouvel hôpital maritime ; l'administration pense qu'il faut auparavant attendre le résultat des essais de traitement commencés à Cannes, à Salies-de-Béarn et Banyuls.

Enfin, le complément de la somme de 7.349.944 fr. 06 serait affecté de la façon suivante :

6° Reconstruction du service d'isolement de l'hôpital Saint-Antoine (adultes) ; construction, à l'hôpital des enfants, de pavillons de douteux, de rubéoleux, de coquelucheux et achèvement du pavillon des diphtériques du même hôpital ; enfin, installation, en dehors de Paris, d'un pavillon pour les diphtériques convalescents. Tous ces travaux d'isolement sont évalués à 500.000 fr.

7° Construction, place du Danube, d'un hôpital de réserve ; 500.000 fr.

Cet hôpital serait mis en service, en hiver, au moment des épidémies de grippe ou quand l'encombrement des autres hôpitaux l'exigerait.

8° Construction de deux maternités neuves, l'une à Beaujon (621.115 fr. 17), l'autre à Saint-Antoine (500.000 fr.).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de clinique chirurgicale, de clinique obstétricale, de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 23 juin 1892, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat médical : à la nomination d'un chef de clinique ;

2° Pour le clinicat chirurgical : à la nomination de deux chefs de clinique ;

3° Pour le clinicat obstétrical : à la nomination de deux chefs de clinique ;

4° Pour le clinicat des maladies des enfants : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1892. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à 3 heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir :

1° Pour le clinicat médical et le clinicat des maladies des enfants, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours ;

2° Pour le clinicat chirurgical et le clinicat obstétrical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au our d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Hopitaux de Paris. — *Médecine.* Le concours pour trois places de médecin du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Bourcy, Roger et Marfan.

— *Chirurgie.* Le concours pour deux places de chirurgien du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Guinard et Hartmann.

— M. Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière, est nommé chef de la division des hôpitaux et hospices à l'administration de l'Assistance publique, en remplacement de M. Mourlan, décédé.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Garres est nommé préparateur de pathologie et de thérapeutique générales.

Ecole préparatiore de médecine de Clermont. — Par arrêté en date du 23 mai, un concours s'ouvrira le 25 novembre 1892, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite école. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Ecole préparatoire de médecine de Tours. — Par arrêté, en date du 23 mai, un concours s'ouvrira le 24 novembre 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiolohie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Chemin de fer d'Orléans. — *Bains de mer de l'Océan.* Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orleans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 20 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Châteaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Délivrance des billets : à la gare du chemin de fer d'Orléans (quai d'Austerlitz), au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la Compagnie d'Orléans.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 MAI 1892

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 24. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 34. — Grippe, 0 Phtisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 38. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 33 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 66. — Bronchite aiguë et chronique, 58. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 102. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 45. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3 — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 9. — Total 1093.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LA SPONTANÉITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax)

Les récentes communications à l'Académie de médecine (1) sur le bacillus coli communis et le bacille d'Eberth rajeunissent le dogme usé de la spontanéité morbide. Un commensal habituel de l'intestin, le bacillus coli communis, peut il acquérir les propriétés spécifiques qui caractérisent le bacille typhique ? Oui, disent les Lyonnais, MM. Rodet et Roux. Non, répliquent les Parisiens, MM. Chantemesse et Widal. De part et d'autre c'est, dans la discussion, une accumulation de preuves derrière lesquelles les adversaires fortifient leurs opinions respectives. La bactériologie donne raison aux deux camps. Quant à la clinique, on n'en parle pas. Et cependant si important que soit le microbe, le malade compte bien pour quelque chose. On nous pardonnera de nous occuper de lui.

(1) Acad. méd, 13 et 20 oct. 1891.

Depuis treize ans que nous suivons les maladies infectieuses sur le terrain où leur étude est la plus fructueuse, c'est-à-dire dans les milieux peu habités des campagnes, nous avons ramassé nombre de faits.

Ces faits peuvent être répartis dans l'une des deux catégories suivantes :

1° Une maladie infectieuse est toujours précédée par une maladie de même nature. C'est le cas de la variole et de la rougeole : bactériologiquement l'on dirait que le germe reste spécifique.

2° Une maladie infectieuse peut naître spontanément et se transmettre ensuite par contagion. Des maladies à germe médiocrement spécifique, l'angine, la grippe endémique, la pneumonie, la septicémie puerpérale, l'érysipèle, la diarrhée estivale, certains maux de Bright rentrent dans cette classe. Mais elles ne sont pas seules ; certaines infections à germe spécifique semblent être régies par les mêmes lois d'évolution. Nous comprendrons dans ce second ordre de maladies la diphtérie, avec plus de réserves la fièvre typhoïde, et peut-être la scarlatine, si tant est que la scarlatine existe à l'état d'entité morbide distincte et ne doive pas se grouper à côté des infections à germe médiocrement spécifique.

Nous ne parlons, bien entendu, que des affections que nous avons eu à soigner, de celles dont la relation a fait le plus souvent l'objet de mémoires adressés à l'Académie.

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET L'ASSISTANCE PUBLIQUES A BARCELONE (1)

BARCELONE

§ 1. — *Coup d'œil. La Bienfaisance. Services divers. Statistique.*

I

J'ai passé trois jours à Barcelone, charmé de l'animation de cette ville industrielle, laborieuse, à la population ardente et amie du progrès, véritablement vivante par sa vie commerciale et manufacturière, aussi bien que par sa vie intellectuelle et artistique. J'ai été accueilli avec beaucoup d'empressement et d'affabilité, par deux hommes qui, en deux genres différents, font honneur à la ville dans laquelle ils résident, et dont le premier seul en est originaire : le Dr Robert, praticien distingué et répandu, professeur à la Faculté de médecine, qui a concouru, comme conseiller municipal à certaines améliorations de la cité catalane, et le Dr Jaime Ferran, une figure aussi, très connu pour des essais d'inoculations anticholériques qui ont eu un certain retentissement, et ont amené en Espagne une mission française, à la tête de laquelle se trouvait mon excellent ami le professeur Brouardel Je n'aurai pas le temps de dire dans ce rapport, et je renverrai à un travail spécial, mon opinion sur cette découverte. Le Dr Ferran est, à mes yeux, un homme loyal, sincère, convaincu, ardent, sans doute, à la généralisation, mais étant arrivé à l'aide de moyens bien insuffisants alors qu'il débutait dans la petite ville de Tortose, à des recherches microbiologiques sérieuses. Dans cette question des inoculations, le Dr Ferran a été mal servi par les circonstances et desservi par quelques-uns de ses compatriotes, qui l'ont combattu de parti pris. Pour ce qui est de la Commission française, il s'est produit tout à coup une question d'amour-propre exagérée, à propos d'un prétendu secret qui a clos brusquement les travaux de la commission. A cette époque le Dr Bide, de Madrid, médecin de l'Ambassade française, écrivait sur le choléra de 1885, au *Journal Officiel*, des lettres à la fin desquelles, après avoir constaté la bonne foi du

(1) Extrait du travail de M. Delvaille : *Une mission en Espagne*, dont nous avons déjà publié la première partie.

Les maladies de la première catégorie proviennent, nous venons de le dire, de maladies de même nature. Une variole descend d'une variole, une rougeole suit une rougeole. Il n'est pas impossible qu'avec le temps, l'origine spontanée de ces maladies ne devienne motif à discussion : jusqu'aujourd'hui la clinique ne légitime pas la mise à l'ordre du jour d'un pareil problème.

Nous réserverons toute notre attention au second groupe des maladies infectieuses : celui où la spontanéité apparente peut-être suivie de contagion. De jour en jour ce groupe auquel le professeur Bouchard a donné l'appui de son haut témoignage, augmente d'étendue et son territoire s'élargit progressivement, bien que contesté encore sur nombre de points. On concède la place détenue par la grippe endémique, la pneumonie, la septicémie puerpérale, l'érysipèle, la diarrhée estivale, on refuse le droit d'occupation à la scarlatine, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde.

A vrai dire cette dernière classe d'infections, plus que des maladies à germe médiocrement spécifique, se rapproche de la rougeole et de la variole. Elle comprend des espèces contagieuses qui confèrent en général l'immunité après une première atteinte.

Combien différentes les affections à germe médiocrement spécifique! Celles-ci naissent spontanément plus souvent qu'elles ne se transmettent par contagion; et une fois qu'elles ont pris position dans un organisme, loin de créer l'immunité, elles préparent le terrain pour une attaque ultérieure. La grippe endémique, l'angine, la pneumonie, l'érysipèle sont les types les plus accusés de ces maladies à récidives.

Leur évolution spontanée est laplusordinaire, subordonnée qu'elle est au développement de germes déposés à la surface de nos muqueuses et de nos téguments. Leur transmission par contagion ne semble s'opérer, pour la grippe et la pneumonie du moins et peut-être encore pour certains maux de Bright que dans des circonstances déterminées, quand le germe pathogène traduit sa virulence plus grande par l'exagération des phénomènes infectieux. Cette condition est remplie dans certaines épidémies particulièrement graves. C'est là un fait assez curieux à constater: l'augmentation de virulence qui agit comme la spécificité, toutes deux créant la possibilité de la contagion. Mais la propagation par contagion sort encore une fois, des habitudes dévolues auxgermes médiocrement spécifiques et cet axiome est vrai en thèse générale : *La contagion est en raison inverse de la spontanéité*, la fréquence de la première impliquant presque toujours la rareté de la seconde.

Ces aperçus généraux nous serviront d'introduction aux détails que nous allons aborder. Nous parlerons : 1° des maladies à germes médiocrement spécifiques; 2° des maladies à germe pouvant devenir spécifique.

1° Maladies à germe médiocrement spécifique.

La grippe endémique, les angines, la pneumonie sont unies par des affinités multiples. Elles sévissent dans les mêmes logements, aux mêmes époques, avec des caractères de gravité égale. Les angines et la pneumonie sont plus fréquentes chez l'adulte. Les enfants semblent plus aptes à contracter la grippe (1).

La spontanéité de ces maladies dont le germe pathogène habite la bouche, n'est mise en doute par personne; ils sont nombreux, les faits où la grippe endémique, aidée de ses deux acolytes, surprend des individus isolés dans un milieu indemne de toute tare morbide. Que ces maladies profitent de leur première aggression pour s'attaquer ensuite aux voisins, elles devront pour réussir dans leur entreprise s'armer d'une virulence suffisante, à moins toutefois qu'elles n'aient à lutter contre un organisme suffisamment affaibli.

La septicémie puerpérale n'a cure de ces préparatifs : elle est assurée du succès. La plaie utérine absorbe les germes infectieux avec une rapidité effrayante, et l'épuisement de l'accouchée annihile les efforts de résistance.

Que la septicémie puerpérale règne le plus souvent à l'état isolé dans les campagnes, c'est là une constatation qui serait étonnante si la difficulté que l'on éprouve à inculquer aux sages-femmes les préceptes de l'antisepsie ne trouvait son correctif dans le petit nombre des accouchements que les matrones opèrent : un intervalle de 8 à 15 jours sépare un accouchement du suivant, et ce laps de

(1). *La pneumonie à Oyonnax*. Oct. Doin, 1891.

Dr Ferran, qu'il connaît, il a exprimé le regret que la Commission française n'ait pu travailler quelques jours avec lui.

Ceci dit, je vais examiner avec quelques détails la ville de Barcelone, au point de vue de l'hygiène et de l'assistance publique, m'aidant pour cette étude de mes observations et visites personnelles, du rapport officiel du Directeur du port, paru dans le « Bulletin mensuel de statistique » et de renseignements qu'a bien voulu me fournir, M. Morano, rédacteur du *Noticiero universal* de Barcelone et correspondant de l'important journal de Madrid, l'*Imparcial*.

II

Barcelone est située près le 41°,22',53" de latitude Nord, près le 5°,49 de longitude Est de Madrid et 8°,22',32" de San-Fernando, elle est orientée, à la forme d'un parallélogramme irrégulier occupant 30.000.000 de m. c. Les maisons ont des hauteurs de 18 à 22 m.

Le cimetière ancien que j'ai décrit ailleurs est au nord-est à 4 kilom. Il y a une couche souterraine assez haute, qui gêne les inhumations. Le cimetière moderne est à 3 kil., dans la direction des vents régnants; le terrain est rocheux, la couche de terre végétale est trop faible pour permettre les plantations.

Il y a six marchés dépourvus de caves.

Les hôpitaux sont au nombre de trois, dont je parlerai tout à l'heure : l'asile San Rafaël, qui a une quarantaine de malades l'hôpital Santa-Cruz par lequel ont passé, pendant les deux dernières années (1889 et 90), plus de 16.000 malades, qui a dépensé en 1889 et 1890, 1.195 475 fr. des rentes de son capital, et a reçu de la charité publique, 60 à 65.000 francs, l'hôpital du Sacré-Cœur de Jésus, qui a place pour 100 malades et qui n'a que 3.000 fr. de capital; la charité publique lui a fourni dans ces deux ans, une quarantaine de mille francs.

Les asiles sont plus nombreux. Nous allons les énumérer en disant l'argent qu'ils ont reçu, dans les exercices des années 1889 et 1890.

L'asile des pauvres : 34 pensionnaires; argent dépensé de ses propres fonds 177.200 fr.; de subventions 7.500 fr., d'aumônes 13.890 fr. 40, dépense de l'intérieur 151.537 fr. 24, en secours à domicile 40.399 fr. 14.

Hôtellerie Saint-Antoine : 60 pensionnaires, 33.028 fr. de son capital, 5.000 de subvention, 18.872 fr. 75 d'aumônes.

Asile provisoire des pauvres, où ceux-ci ne passent que quel-

temps providentiel permet aux germes infectieux collectionnés dans les rainures des ongles ou de perdre de la virulence ou de se disperser au vent.

Malheur aux femmes qui accouchent trop tôt. Elles sont contaminées par une infection qui a gagné de la virulence dans son passage à travers un utérus antérieur.

L'érysipèle est fréquemment la cause de la septicémie puerpérale; il partage avec elle la propriété du même germe infectieux : au lieu d'entrer par l'utérus, ce germe pénètre par une effraction cutanée, c'est la différenciée; de plus la contagion dans l'érysipèle n'est pas autant à redouter, les sages-femmes n'intervenant pas.

Dans les maladies à germe médiocrement spécifique, nous avons rangé la diarrhée estivale : comme les autres, elle se produit spontanément et peut se transmettre à l'entourage du malade, ainsi qu'en font foi plusieurs observations transcrites dans notre mémoire sur ce sujet à l'Académie de médecine. Ajoutons pour terminer que certains maux de Bright (1) et le rhumatisme articulaire aigu (2) semblent se réclamer d'une épidémiologie de même nature

2° Maladies à germe pouvant devenir spécifique.

On pourrait tout aussi bien les appeler maladies à controverse, leur spontanéité, c'est-à-dire la perspective pour un germe médiocrement spécifique de gagner de l'importance en jouissant d'une spécificité bien différenciée; cette spontanéité ainsi comprise étant révoquée en doute par nombre d'auteurs. Nous nous contenterons de transcrire ce que nous a dicté la clinique pour la fièvre typhoïde, la diphtérie et la scarlatine.

Fièvre typhoïde. — Les réveils du bacille typhique après des accalmies de plusieurs mois (15 mois, dans une épidémie (3) ne sont pas toujours manifestes au début des épidémies. Il est des milieux très exceptionnels où une fièvre typhoïde éclate à l'improviste sans avoir reçu le mot d'ordre d'un bacille antérieur. Et pourtant il s'agit d'une fièvre typhoïde

(1) *Le mal de Bright épidémique.* (*Revue de méd.*, mai 1892.

(2) *Note sur l'épidémiologie du rhumatisme articulaire aigu.* (*Gaz. méd.* 2 avril 1892.)

(3) *Note sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.* (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin 1886.)

et non d'une phtisie aiguë ou de telle autre maladie infectieuse. La symptomatologie, y compris les taches rosées, défile au complet sur son parcours de trois septénaires. Le témoignage de l'autopsie, il est vrai, fait défaut; mais le moyen de la pratiquer quand le malade guérit ! De plus dans les villages isolés, l'agglomération possible de quelques fièvres typhoïdes autour d'un cas initial rend le diagnostic indubitable. Telle semble être la signification de la petite épidémie qui a sévi dans le village de Condes (Jura) à la fin de l'année 1887.

Cette localité peuplée de 230 habitants ne connaissait pas la fièvre typhoïde qui semblait y avoir fait une apparition passagère, six ans auparavant, quelques affections fébriles d'une dizaine de façons de durée avaient été constatées sur des enfants et des adultes. Encore n'est-il pas sûr qu'il ne s'agissait pas tout bonnement de la grippe endémique. En octobre 1887, voici venir les journées grises de pluie et de neige fondue. Trois membres d'une même famille sont atteints de fièvre typhoïde à la fin du mois. Aux points opposés du village, deux autres malades s'alitent peu après. (Obs. I à V.)

Or, la fièvre typhoïde n'existait pas dans la région. Personne n'était venu ou n'avait reçu de visite d'un endroit infecté. Une eau de source alimentait la population; c'est à la source même qu'on allait quérir l'eau de consommation. Et cependant la simultanéité de ces trois fièvres typhoïdes devait bien avoir une cause. Le bacille typhique était-il resté vivant depuis les six ans qu'il avait disparu? Chantemesse (1) conserve en flacons des déjections typhiques virulentes depuis deux ans; mais c'est en flacons et non en plein air.

Ou bien, le bacillus coli communis s'était-il frayé un passage jusqu'à la source? A la campagne on trouve des matières fécales un peu partout, même au bord des sources, ou bien s'est-il agi d'une sorte d'autotyphisation, d'un empoisonnement par le bacillus coli communis normal de l'intestin? Cette autotyphisation en différents points d'une localité, dans des familles étrangères les unes aux autres, serait au moins étrange.

(1) *Traité de médecine*, p. 712. 1891

ques nuits; il en est entré dans ces deux années, 9.668; la dépense a été de 24.470 fr., provenant de charités.

Asile des Religieuses Adoratrices : 68 pensionnaires, dépense 6.621 fr. provenant d'aumônes.

Maternité de l'Enfant Jésus : 219 pensionnaires, et 70 élèves, subvention 8.000 fr., dépense totale 31 922 fr. 71.

Asile Naval :80 pensionnaires, dépenses 70.714 fr. 98, fournies par la charité publique.

Petites sœurs des pauvres : 145 pensionnaires, dépenses et ressources inconnues.

Asile de vieillards : 300 pensionnaires, 52.880 fr. 90, fournis à grand'peine par la charité.

Maison de Maternité et Enfants trouvés : 2.907 enfants y ont passé en deux ans. La subvention provinciale a atteint 575.000 fr., les ressources de l'établissement ont fourni 45.957 fr. 62, la charité 54.627 fr. 01. La dépense a été de 1.332.010 fr. 50.

La Maison des Enfants orphelins (Infantes huerfanos) en a reçu 30 et a dépensé 29.708 fr. 25, dont 16.604 fr. 88, provenant de rentes propres. La Maison de Miséricorde (Casa municipal de Misericordia) a recueilli 300 individus, a dépensé 5[illegible].000 fr., fournis par la caisse de l'Ayuntamiento. Le collège des Jeunes Servantes en a recueilli 466, qui sont venues s'y abriter, en attendant de trouver une place. 5.000 fr. d'une subvention municipale ont suffi aux dépenses.

Maison d'accouchement et tour (Casa de lactancia y cuna) : 457 pensionnaires qui ont nécessité une dépense de 27.751 fr. 83, fournis en partie par une subvention de 7.000 fr., en partie par des charités. On a dépensé pour les enfants nourris au dehors, 976 fr. 25, en deux ans. L'asile du Bon-Pasteur a recueilli 133 filles repenties et a dépensé 35.282 fr., dont 28.758 fr. 50 par des subventions.

Pour l'assistance domiciliaire, il y a la Société de Saint-Vincent de Paule, avec 59.740 francs de dépenses; le Patronage de Notre-Dame de las Mercedes, avec 3.309 francs, la Charité chrétienne avec 122.183 fr. 34 de dépenses et une recette de 170.462 fr. 31, fournie par la charité publique.

La petite Société protectrice des nouveau-nés pauvres, qui n'a dépensé que 870 fr. 48, le Cercle ouvrier barcelonais, qui a dépensé 2.334 fr. 90, en secours à domicile.

Si on ajoute à ces établissements ceux qui sont fondés par l'ini-

Ou bien faut-il incriminer la transmission par l'air, s'en prendre au remuement intempestif d'un vieux tas de purin antérieurement contaminé? A la campagne on sait que les fumiers n'atteignent jamais un grand âge et cette étiologie ne pouvait trouver place chez nos malades.

L'hypothèse la plus séduisante, en face de ces incertitudes, serait encore celle qui accuse le bacillus colis communis renfermé dans l'eau, d'avoir provoqué la fièvre typhoïde. Sous l'influence de conditions qui nous échappent, ce bacille aurait fini par acquérir les propriétés du bacille d'Eberth. Il appartient aux médecins de campagne de ne pas laisser échapper les faits analogues qui se trouvent à portée de leur pratique.

La difficulté est que les épidémies spontanées sont fort rares, et que les cas isolés prêtent trop souvent à la discussion du diagnostic.

Plus fréquente semble être la constatation de la diphtérie spontanée.

Le 22 septembre 1887, nous voyons au village de Dortan à 7 kilomètres d'Oyonnax, un enfant de 18 mois atteint de croup (obs. VI). Il est mourant à notre arrivée et succombe peu après. Le jour de sa mort, son frère, âgé de trois ans, prend le croup à son tour. Nous pratiquons la trachéotomie le 24 septembre. Mort le lendemain. (obs. VII).

Ces deux cas de diphtérie, isolés dans la région, étaient-ils dus à la persistance du germe qui, dix ans auparavant, avait tué du croup un enfant dans une maison voisine? Dix ans, cela semble bien long, surtout quand on a lu le mémoire récent de Roux et Yersin (1). Dans la bouche de 59 enfants de village atteints de maladies diverses, ces auteurs ont trouvé 26 fois le bacille pseudo-diphtéritique, déjà signalé par Loeffler et entre ce bacille et le bacille diphtéritique vrai, outre la ressemblance morphologique qui les rapproche existent tous les intermédiaires possibles de virulence. Cette constatation est certes favorable à l'hypothèse de la diphtérie spontanée et cette maladie serait simplement due à la virulence plus grande d'un parasite normal de la bouche. Ces recherches expliquent le fait suivant, comme elles rendent compte de ceux que nous venons d'exposer. En octobre 1887, un enfant meurt du croup à Oyonnax, en dépit de la trachéotomie préalable (obs. VIII) et sa maladie reste isolée. Inutile d'ajouter que la diphtérie aviaire ne s'attaquait dans le même temps à un seul oiseau de basse-cour, ni à Dortan, ni à Oyonnax.

(1) *Ann. Institut Pasteur*, n° 7, 25 juillet 1890.

Et la scarlatine, pour terminer par elle, n'apparaît-elle pas dans la place, sans qu'on puisse reconnaître les traces de son entrée? Et d'abord la scarlatine existe-t-elle? Ne represente-t-elle pas simplement un symptôme de l'infection streptococcienne dont l'angine et le mal de Bright constituent d'autres manifestations? Des faits récents, que nous avons publiés, légitiment cette manière de voir (1).

Si cela est, si la scarlatine est provoquée par un organisme médiocrement spécifique, nous ne serons nullement surpris du développement spontané de cette affection. C'est bien ainsi en semblent naître sur place, que la scarlatine a sévi à Oyonnax dans l'épidémie dont nous venons de parler.

A la vérité on peut toujours nous objecter la latence du germe. Mais admettre cette interprétation, c'est encore se payer d'une hypothèse.

Et hypothèse pour hypothèse, mieux vaut encore se prononcer pour celle dont la portée est le plus en accord avec cette grande découverte de pathologie expérimentale qui, dans le monde des infiniment petits, avec le caractère si éminemment variable des fonctions microbiennes, réalise journellement le transformisme des espèces.

Observations.

I. — Fièvre typhoïde de condes (origine spontanée)

Observation I. — *Homme de 48 ans. — Guérison en trois semaines.*

Dalph... père, âgé de 48 ans, est malade depuis huit jours. La fièvre a débuté par des frissons, de l'inappéteuce, de la lassitude, une céphalalgie légère. Aucune cause, ni séjour dans une localité infectée, ni visite d'un voyageur étranger, ni fièvres typhoïdes dans la région, ne peut être invoquée comme origine de ce premier cas ou de ceux qui ont éclaté simultanément.

(1) *Gazette médicale*, 10 et 17 oct. 1891.

---

tiative privée, en vue de l'enseignement et les Monts-de-Piété, on trouve un total de 335 sociétés protégeant ou instruisant, en deux ans 37.916 individus, dépensant 5.608.612 fr. 97 avec des ressources qui ont produit 5.902.256 fr.35. Les secours domiciliaires y figurent pour la somme de 1.483.527 fr.59.

III

Les établissements insalubres de Barcelone, sont peu nombreux, en outre des boucheries et triperies, il y a des fabriques d'amidon et de savon.

Barcelone possède dix théâtres assez mal ventilés; l'un d'eux est le Lyceo, fort grand et bien aménagé.

Les eaux proviennent de plusieurs sources et fournissent, à chacun des 252.893 habitants qui existaient en juillet 1890, 48 à 50 litres par jour, mais certains quartiers n'ont que 25 litres. Les sources les plus importantes sont celles de Moncade; celles de la rivière de Beros, sont élevées à l'aide de machines. On étudie le grand projet d'amenée des eaux de Noguera Pallavera qui donnerait 259.200 m.c., revenant à 6 centimes le m. c.

L'abattoir de Barcelone, situé près de la gare, est dans de mauvaises conditions, il est question de le rebâtir.

Les égouts, encore incomplets, n'ont qu'une longueur de 57 kil., ils ont été établis sans plan déterminé (le premier en 1363), sont perméables, manquent d'eau pour le lavage; quelques-uns s'encrassent parce qu'ils sont situés en contrebas. Dans la partie neuve provenant de l'agrandissement de la ville (Ensanche), il y a peu d'égouts, aussi existe-t-il là des fosses fixes pour les matières fécales, assez peu étanches, et, en outre, d'autres qui reçoivent spécialement les eaux ménagères. Les égouts se rendent directement à la mer. Les matières sont enlevées la nuit des fosses, à l'aide d'appareils pneumatiques.

La boue et la poussière des rues sont recueillies, dans les rues pavées de bois et empierrées, à l'aide de brigades spéciales qui remplacent les voitures passant dans les rues à certaines heures. On transporte les immondices hors ville dans des dépôts et on les utilise pour la culture.

Sur les autres voies, les détritus et poussières sont ramassés par des cantonniers; on les emporte au bord de la mer. Les détritus des maisons sont affermés à une entreprise particulière.

31 octobre 1887. T. s., 39°,6. P. s., 80. Le malade est calme. Langue blanche au milieu, rouge sur les bords. Foie sensible à la pression. Rate augmentée de volume. Ventre endolori, légèrement tympanisé. Gargouillement peu marqué dans la fosse iliaque droite. Pas de diarrhée.

Traitement : 30 gr. huile de ricin. Lotions d'eau vinaigrée fraîche. Boissons fraîches abondantes. Lavements d'eau fraîche.

3 novembre. T. m., 38°,8. P. m., 78. Depuis la purgation d'huile de ricin, le malade a une à deux selles liquides par jour. Quelques taches rosées sur le ventre.

Le 8. T. s., 38°,4. P., 78. Langue humide. Selles normales.

Le 15. T. s., 37°,6. Guérison.

OBSERVATION II. — *Jeune fille de 18 ans, fille du précédent. Guérison en quatre semaines.*

Dalph..., âgée de 18 ans, vomit et tousse depuis huit jours. La maladie a commencé à cette époque par un frisson, sans malaise antérieur.

31 octobre 1887. T. s., 40°, 4. P. 120 (très faible). Vomissements alimentaires fréquents. Langue blanche, rouge sur les bords. Ventre ballonné. Taches rosées, au nombre d'une dizaine, sur le ventre. Trois selles diarrhéiques fétides. Rate augmentée de volume. Pas de râles dans les bronches.

Traitement : Eau de Vichy. 20 gouttes d'éther dans du thé. Lotions d'eau vinaigrée et lavements d'eau fraîche. Boissons abondantes.

3 novembre. Les vomissements ont cessé. Deux selles diarrhéiques. La faiblesse, très accusée, est combattue par les alcooliques. T. m., 40°. P. m., 104.

Le 8. T. m., 40°,2. P. 104.

Deux selles diarrhéiques. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le 15. La diarrhée a disparu. Retour de l'appétit. Le sommeil est calme. T. s., 38°,4. P. s., 80.

Guérison les jours suivants.

OBSERVATION III. — *Garçon de 20 ans, fils et frère des précédents. Guérison en quatre semaines.*

Dalph... fils, âgé de 20 ans, depuis une huitaine, est mal à l'aise. Il se couche 25 octobre 1887.

Le 31. T. s., 41°. P. s., 104. Diarrhée fétide, avec une dizaine de selles diarrhéiques. Ventre ballonné. Langue sèche et rouge. Hypertrophie du foie et de la rate.

Traitement : Lotions d'eau vinaigrée. Potion avec 5 gr. de sous-nitrate de bismuth et 80 centigr. de sulfate de quinine, à continuer si longtemps que le nombre des selles dépasse trois dans les vingt-quatre heures. Lavements d'eau fraîche.

2 novembre. Quatre selles diarrhéiques. Deux à trois taches rosées sur le ventre. T. m., 40°,2. P. m., 104.

Le 8. T. s., 40°,4. P. s., 104. Une selle diarrhéique. Le ventre est souple.

Le 12. La nuit est très agitée. La diarrhée recommence. On renouvelle la potion avec le bismuth et le sulfate de quinine.

Le 15. T. s., 38°,4. P. s., 84. L'appétit revient. La diarrhée a disparu.

Guérison les jours suivants.

OBSERVATION IV. — *Femme de 34 ans. — Guérison en trois semaines.*

Mme X..., Vict., 34 ans, mère de quatre enfants, à l'autre extrémité du village a, depuis le 25 octobre 1887, des frissonnements et une grande lassitude. Pas de diarrhée.

2 novembre. Ventre ballonné. Ni douleur ni gargouillement dans la fosse iliaque. Rate hypertrophiée. T. m., 39°,8. T. m., 100.

Traitement : 30 gr. huile de ricin. Pour le lendemain, 80 centigr. de sulfate de quinine, à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 5. T. s., 39°,6. P., 90. Ventre souple. Quelques taches rosées.

Le 15. T. s., 37°,8.

OBSERVATION V. — *Garçon de 4 ans. — Guérison en quinze jours.*

Enfant X..., âgé de 10 ans, n'a été nullement en contact avec les malades précédents. Depuis le 1er novembre 1887, il a la langue blanche et se plaint de la tête.

Le 3. Deux selles diarrhéiques la nuit. Ventre ballonné. Rate tuméfiée. T. m., 39°,6. P. m., 120.

Prescription : 20 gr. huile de ricin. Pour le lendemain, potion avec 30 centigr. de quinine.

La prison, ancien couvent, contient 700 prisonniers, elle est malsaine, située dans un quartier populeux; on va en édifier une nouvelle.

IV

La statistique publiée par la direction du port, en 1889, constate que Barcelone avait en 1887, 272.481 habitants. De 1879 à 1888, la population a diminué, et dans cette période il n'y a eu qu'une fois augmentation de 280 âmes d'une année à l'autre. Et cependant, la ville accueille à bras ouverts les immigrants, mais la mortalité est grande (32,7 par 1.000).

Le chiffre des naissances a été, à Barcelone, de 74.367 pendant la période 1879 à 1888; l'année 1885 a été la plus forte avec 7.866 naissances; l'année 1887, la plus faible avec 7.106.

La mortalité dans cette période a été de 83.347, il y en a eu 9.722 en 1885, et la mortalité la moindre (7.441) en 1881. Cette mortalité explique la diminution de population de 9.260 en neuf ans. Comme causes de mort, la phtisie a produit le 8e de la mortalité, l'apoplexie a donné 17 0/0 de la mortalité, la diphtérie 1,47 0/0, la fièvre typhoïde 20 0/0.

Le paludisme est assez fréquent à Barcelone; il est dû à des étangs et marais autour de la ville, ainsi qu'à des espaces que recouvre certains temps l'eau douce, à laquelle succède l'eau salée. Les vents renvoient les effluves vers la ville, sans que le mont Monjuich, peu élevé et non boisé, puisse les arrêter.

Le choléra en 1884 a causé 1.323 décès.

De 1879 à 1888, il y a eu 2.605 cas de mort par petite vérole, 2.920 par rougeole, 205 par scarlatine, 2.778 par diphtérie, 389 par coqueluche, 4.061 par fièvre typhoïde.

La déclaration à l'autorité de toute maladie infectieuse se fait par les soins de la famille, du médecin traitant, des voisins ou du médecin délégué du district, s'il en est prévenu.

La désinfection de la chambre du malade se fait autant que possible pendant qu'il existe encore. Après sa mort, elle se fait d'autorité et de la façon la plus complète.

(A suivre.)

Le 5. T. m., 39°,7. P. m., 120. Le ventre reste ballonné et la diarrhée persiste avec quatre selles environ dans les vingt-quatre heures. Les nuits sont bonnes. L'enfant demande à se lever.

Le 15. T. s., 37°,7. Guérison.

II. — DIPHTÉRIES SPONTANÉES.

OBSERVATION VI. — *Enfant de 18 mois. — Angine couenneuse. Croup. — Mourant à notre arrivée.*

L'enfant L..., âgé de 18 mois, est souffrant depuis quelques jours. Le médecin de l'endroit (Dortan) a fait vomir l'enfant deux fois. La seconde fois, l'action du vomitif est restée nulle. Les parents ne sont nullement inquiets et nous prient d'entrer à l'un de nos passages dans la localité. Ce manque absolu d'anxiété au sujet de l'avenir du petit malade s'explique par l'absence de diphtéries. Dix ans auparavant, un enfant avait succombé au croup dans une maison voisine; depuis cette époque, on n'avait plus entendu parler de diphtérie. Inutile d'ajouter que la diphtérie aviaire n'existait pas. A notre arrivée, le 22 septembre 1887, nous trouvons un enfant cyanosé, avec du tirage, une voix éteinte, des fausses membranes sur les deux amygdales, une faiblesse excessive.

La mort survient dix minutes après notre visite, avant qu'on ait institué un traitement.

OBSERVATION VII. — *Garçon de 3 ans 1/2, frère du précédent. Angine couenneuse. — Croup. — Mort après trachéotomie.*

L'enfant Laur..., âgé de 3 ans 1/2, tombe malade, le soir de la mort de son petit frère (22 septembre 1887). Les parents le font vomir et lui donnent de l'extrait de quinquina. L'oppression augmente. Tirage sous-sternal. En vain use-t-on des fumigations avec l'essence de térébenthine et de goudron, suivant la méthode de Delthil. Les fausses membranes sont répandues sur les amygdales et la luette. On nous appelle en toute hâte, dans la nuit du 24 septembre, et, avec l'assistance de M. Goblod, pharmacien, nous pratiquons la trachéotomie suivant la méthode de Trousseau. Après l'introduction de la canule, l'oppression disparaît, l'enfant respire lentement. La nuit est bonne.

Le lendemain, à 1 heure, accès de suffocation. Les parents, affolés, oublient de nettoyer la canule obstruée par les fausses membranes, et l'enfant succombe.

OBSERVATION VIII. — *Garçon de 2 ans. — Angine couenneuse. Croup. — Trachéotomie. — Mort.*

Rick..., âgé de 2 ans, a eu la dysenterie l'hiver précédent et la scarlatine dans l'été de 1887. Aucun cas de diphtérie ne règne à Oyonnax. En avril 1887, à l'opposé de la ville, un enfant de 3 ans était venu de Bellegarde avec la diphtérie et avait succombé en 24 heures; mais l'enfant Rick..., ni personne de sa famille, ne s'était rendu auprès de ce petit diphtéritique, dont le cas resta isolé.

22 octobre 1887. Nous voyons cet enfant, qui est triste depuis quelques jours, avec une toux rauque et deux fausses membranes sur les amygdales. Vomitifs, extrait de quinquina, fumigations de goudron et d'essence de térébenthine sont essayés sans résultat.

La situation s'aggrave.

Le 23. Tirage sous-sternal et dysenterie. A 6 heures du soir, accès terrible de suffocation. Les parents croient l'enfant mort. A 8 heures, trachéotomie, avec l'assistance de Goblod, pharmacien. L'opération est laborieuse; la couche graisseuse sous-cutanée est épaisse, la trachée est profonde. La canule étant introduite, la respiration est facile, mais la nuit reste agitée.

Le 24. T. m., 34°,4. P. m., 140. T. s., 39°,9. P. s., 140. Diarrhée persistante avec selles sanguinolentes. L'enfant refuse tout aliment. C'est avec peine que l'on arrive à lui faire prendre un peu de lait et quelques cuillerées d'une potion avec de bismuth et de l'extrait de quinquina. Pas de complications pulmonaires.

Mort à 11 heures du soir.

Dans notre Mémoire, à l'Académie, sur une épidémie de rougeole, nous avons rapporté deux autres cas, où l'origine de la diphtérie paraissait spontanée. Plus récemment dans un cas analogue nous avons fait l'examen bactériologique de la fausse membrane et avons découvert le bacille de Lœffler.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE L'EMPLOI DE LA DIGITALE DANS LA MALADIE AORTIQUE

Par ALFRED G. BARRES,
Médecin de l'Infirmerie générale de Leeds (Angleterre).

L'on admet généralement qu'il ne faut pas se servir de la digitale dans les maladies valvulaires aortiques, ou que si on l'emploie dans ces cas, on doit le faire avec de beaucoup plus grandes précautions que pour la maladie mitrale. Il y a, d'autre part, unanimité presque complète pour considérer la digitale comme le meilleur médicament de la maladie mitrale et de ses conséquences. Si cette opinion actuelle de la Profession était exacte en ce qui concerne les maladies valvulaires chroniques, car je n'entends point parler maintenant, est il à peine besoin de le dire, des formes aiguës et destructives de l'endocardite, nous devrions trouver quelque différence très nette, essentielle, en dehors du siège des lésions et de leurs séquelles, dans les conditions qui nécessitent le traitement de ces deux maladies du cœur, les plus importantes de toutes.

Afin de pouvoir déterminer clairement le but poursuivi par l'administration de la digitale, ou même de n'importe quel autre médicament, à des personnes atteintes de maladie mitrale ou aortique, il ne sera pas déplacé de rappeler ici très brièvement l'objet de la circulation du sang et les causes qui mettent obstacle à ce que cet objet soit atteint, dans ces maladies valvulaires, soit partiellement, soit totalement.

Je citerai d'abord ces paroles du professeur Foster (1) à ce sujet: « Pour que le sang puisse être un moyen de relation satisfaisante entre tous les tissus de l'organisme, deux conditions sont nécessaires. Il faut, en premier lieu, qu'il se constitue, à travers tout le corps, un courant sanguin doué d'une certaine rapidité et d'une certaine constance. Cette condition dépend des propriétés mécaniques et physiques de l'appareil vasculaire, et les problèmes en rapport avec cet appareil sont par le fait même presque exclusivement d'ordre mécanique ou physique. » Dans la seconde

(1) Communication lue au meeting annuel de l'Association médicale britannique, section de thérapeutique. (Bournemouth, 1891.)

édition de son ouvrage (1888, p. 187) il ajoute. « C'est dans les capillaires et les très petites artères et veines que s'accomplit l'objet du sang ; c'est dans leur intimité qu'ont lieu les échanges nutritifs ; et le rôle de l'appareil vasculaire en entier est de forcer le sang à circuler à travers ces vaisseaux, de la façon la plus appropriée à ce que les échanges se fassent toujours dans les circonstances les plus diverses. »

Je ferai remarquer maintenant que l'efficacité de la circulation capillaire ne résulte pas de l'action directe du cœur, mais de la pression du sang dans les gros vaisseaux; cette pression est maintenue par les effets combinés d'au moins quatre facteurs ou forces dépendant du système circulatoire, et qui sont : la contraction ventriculaire, l'élasticité des grosses artères, la quantité du sang et la résistance périphérique précisément représentée par l'aire capillaire. Quand il existe des troubles dans la pression sanguine et qu'elle tombe au-dessous de la normale, des troubles correspondants surgissent dans la circulation capillaire, donnant lieu à de certains symptômes qui sont ceux d'une circulation insuffisante. Tout roule par conséquent autour de la pression suffisante; par quelque mécanisme qu'elle soit produite, il ne peut y avoir une circulation efficiente du sang. Le mécanisme qui maintient la pression importe peu, que le cœur soit malade ou non, du moment que l'un des facteurs agit suffisamment dans ce sens.

C'est précisément parce que les maladies mitrale et aortique affectent ces conditions générales que des symptômes nouveaux apparaissent, qui conduisent les malades au praticien et nécessitent un traitement. Alors l'état actuel mécanique de la valvule atteinte n'est susceptible d'aucun traitement médical que je sache, et encore bien moins le souffle que l'on peut trouver à l'examen du cœur.

En un mot, ce qui demande un traitement dans la grande majorité des cas, c'est l'effet produit par la lésion valvulaire sur la pression sanguine, et par son intermédiaire sur la circulation capillaire du corps en général. Et la réciproque est également vraie ; quand une maladie valvulaire, ce qui heureusement est très fréquent, ne produit aucun trouble dans la circulation capillaire, quelque signe que l'on puisse trouver d'hypertrophie ou autre modification du cœur, tout traitement, digitalique ou non, non seulement n'est pas indiqué, mais même peut être, dans certains cas, absolument dangereux. Mais l'on ne vient point nous consulter quand il ne se manifeste aucun symptôme : les malades, en effet, ne se rendent compte en aucune façon des signes en relation directe avec le cœur ; au moins en ce qui concerne mon expérience, il est tout à fait exceptionnel qu'ils se plaignent du cœur lui-même. Une douleur au cœur, des phénomènes anginiformes, des palpitations, ou certains troubles analogues, n'attirent en général l'attention du patient que lorsque, depuis longtemps déjà, la respiration lui est devenue pénible et courte, qu'il s'est manifesté de la toux ou tel autre de ces symptômes si pénibles qui découlent d'une affection cardiaque. Je ferai remarquer, en passant, que, dans plusieurs des cas que j'ai observés, une douleur abdominale obscure et des névralgies thoraciques ont été les seuls symptômes extrinsèques de la lésion valvulaire organique qui siégeait habituellement sur l'aorte.

Pour me répéter, ce que nous avons à combattre dans un cas quelconque de maladie valvulaire est l'effet produit par la lésion sur la pression sanguine et par son intermédiaire sur la circulation capillaire ; cet effet consiste toujours dans une insuffisance de la circulation.

Mais existe-t-il une différence essentielle dans l'insuffisance produite par l'une et l'autre maladie, ou dans le processus qui conduit à cette insuffisance ? Il me semble, quant à moi, que l'on ne peut en établir aucune.

Dans la maladie mitrale, la tendance naturelle à la mort est le fait de l'insuffisance du ventricule droit à maintenir la circulation, l'on peut même dire des deux ventricules, car, d'après son aspect après la mort, le ventricule gauche est aussi plus ou moins fortement atteint. C'est afin de prévenir cette rupture de compensation, ou pour ramener la fonction suffisante, que nous instituons tout notre traitement; et dans ce sens, il n'est aucune substance comparable à la digitale quand elle est administrée à des doses effectives. Cela, presque tout le monde l'admet. Les mêmes conditions ne sont-elles pas à considérer dans la maladie aortique ? Le danger du malade gît dans la défaillance soudaine ou graduelle du ventricule gauche, qui, auparavant, avait pu compenser, en s'hypertrophiant, la gêne causée dans la circulation par l'insuffisance des valvules aortiques. Comme je l'ai dit tout à l'heure, je ne puis découvrir une distinction fondamentale entre les deux conditions ; il me semble, au contraire qu'elles sont essentiellement identiques; et tout ce qui est vrai pour la mitralité, ses dangers, les moyens de les combattre, est juste également pour la maladie aortique. Pourquoi, dès lors, tant de médecins pensent-ils et enseignent-ils que la digitale est indiquée pour l'une, et non pour l'autre; et que non seulement elle n'est pas indiquée dans la seconde de ces affections, mais encore qu'elle en précipite particulièrement l'inévitable terminaison ?

Je crois que la plupart de ceux qui tiennent la digitale comme non indiquée et même dangereuse dans les maladies valvulaires aortiques s'appuient pour soutenir leur opinion, sur l'enseignement de la pharmacologie, et alors je poserai la question suivante : les enseignements de la pharmacologie sont-ils confirmés, à ce point de vue, par l'expérience clinique ? Je réponds bardiment que non. Une observation très étendue m'a démontré qu'il n'y a aucun danger à administrer la digitale dans tous les faits de maladie aortique nécessitant traitement, et que, dans nombre de cas, son emploi a été suivi d'un bénéfice aussi marqué que dans la maladie mitrale. Je ferai remarquer, cependant, en passant, que dans les affections valvulaires aortiques l'effet du traitement ne peut ordinairement être aussi frappant, aussi objectif que dans les affections mitrales, où les modifications dans l'aspect du malade, dans son pouls et surtout dans la rapide disparition des infiltrations, peuvent être estimées presque immédiatement.

J'ai vu, ainsi que tout le monde, bien des cas de lésions aortiques valvulaires dans lesquels, en dépit de la digitale, l'on ne pouvait rétablir la compensation rompue ; car il arrive une période, dans les affections cardiaques, où nous ne pouvons plus rien faire ; mais je n'ai jamais constaté que là où la digitale avait failli, elle eût produit quelque dommage. Ceux qui se contentent d'administrer de petites doses, telles que trois ou quatre gouttes de teinture de digitale ne peuvent réellement pas espérer d'en obtenir un bon résultat, et, en dépit du traitement, les accidents vont de mal en pis. Je suis convaincu qu'à des doses effectives

la digitale est tout aussi bien le médicament des lésions valvulaires de l'aorte que celui des lésions de la valvule mitrale.

Il m'a toujours semblé que la salle de consultation externe d'un grand hôpital était l'endroit par excellence où l'on peut se rendre bien compte de la valeur d'un médicament dans le traitement d'une affection du cœur. En effet, dans le traitement des malades qui y viennent chercher notre avis, il intervient aucun nouvel élément thérapeutique en dehors de ce médicament même, sauf cependant des conseils très généraux portant, par exemple, sur l'exercice, etc., conseils qu'en général le malade est amené ou enclin à négliger plus ou moins complètement.

Pendant les deux dernières années, j'ai eu, parmi mes malades externes de l'Infirmerie de Leeds, vingt-quatre cas de maladie aortique double sans complication ; ces malades étaient venus se plaignant surtout de gêne respiratoire survenue pendant leur travail et les forçant à le suspendre. Ils ont tous pris d'une façon continue de la teinture de digitale à la dose de dix gouttes, et tous en ont retiré un avantage plus ou moins accusé, quelques-uns même d'entre eux ont pu reprendre leur travail pendant qu'ils se trouvaient sous cette influence. Il n'y a eu dommage dans aucun cas.

Telle est, en quelques mots, l'expérience de ces deux années. Mais j'ajouterai que pendant les dix dernières années, j'ai observé invariablement les mêmes principes pour le traitement de tous les cas de maladie valvulaire *avec symptômes*, c'est-à-dire que j'ai toujours administré la digitale ; et je ne connais point, en vérité, d'autres substances ayant une influence aussi certaine sur le cœur. J'ai essayé, à des doses efficientes le strophantus, l'adonidine, la spartéine et les autres succédanés prétendus de la digitale, tout prêt, je dois le dire, à rendre justice à leurs mérites ; je ne les ai trouvés que possédant peu ou point d'effet en comparaison de la digitale.

Telle est la conclusion à laquelle je suis arrivé, par une observation attentive, dans les consultations externes d'un grand hôpital, et aussi partout ailleurs. Et cependant, elle est opposée à celle de beaucoup d'autres médecins. Le Dr Pye-Smithe (1), par exemple, nous dit ceci : « Dans la maladie valvulaire aortique non compliquée d'ascite ou de congestion veineuse, l'effet de la digitale est souvent incertain et quelquefois dangereux ». D'autre part, voici les paroles de Rosenshein (2) : « Mais le remède souverain qui peut être employé à toute période des maladies valvulaires est la digitale, avec de simples variations dans les doses ». Et celles du Dr Balfour (3) : « La digitale est encore considérée par beaucoup de personnes comme non seulement inutile, mais encore comme positivement dangereux dans l'insuffisance aortique. Et cependant il n'est pas d'autre affection où ce médicament ait autant de valeur ; pas d'autre où son action curatrice puisse être plus efficacement démontrée. »

Ces différences d'opinions s'expliqueraient, d'après le Dr Henry (4), de l'hôpital de Philadelphie parce que la digitale a été administrée à des stages différents de la maladie. Il existe, théoriquement, je crois, trois conditions dans lesquelles peut se trouver le ventricule en ce qui concerne sa vigueur compensatrice.

Il peut être ou égal, ou supérieur, ou inférieur, au travail supplémentaire qu'il est appelé à fournir. J'ai usé volontairement du mot « théoriquement » en parlant de ces trois conditions que le Dr Henry propose d'appeler respectivement eusystolie, hypersystolie et hyposystolie. Je m'empresse de déclarer immédiatement qu'une condition telle que l'hypersystolie — ventricule trop puissant pour son rôle — n'existe jamais dans quelque cas que ce soit des affections valvulaires. Il y a, dans mon esprit, une contradiction dans les termes que de parler d'hypertrophie excessive. Je ne puis comprendre comment l'hypertrophie du ventricule peut dépasser la mesure nécessitée par les conditions du processus qui l'a créée, pas plus que les muscles de la jambe d'une danseuse de ballet (pour prendre l'exemple des auteurs classiques), ne peuvent s'hypertrophier davantage, et cela à un tel point qu'il se produit des symptômes alarmants, une fois qu'elle a abandonné son métier de danseuse. Nous ne connaissons rien d'analogue dans la pathologie humaine. Dans la maladie mitrale, par exemple, personne, que je sache, n'a décrit une semblable condition. La vessie et les intestins ne sont point des exemples en faveur de la théorie que le processus hypertrophique peut se poursuivre indéfiniment et que dans les deux cas, il est indépendant de la cause qui l'a d'abord fait naître. C'est autour de cette condition tout à fait hypothétique pour moi qu'a tourné toute la controverse de l'emploi de la digitale dans l'insuffisance aortique.

Je ne pourrais mieux démontrer la difficulté de la situation qu'en citant d'abord sir Walter Foster et ensuite le Dr Hilton Fagge. Sir Walter Foster nous dit ceci en parlant de la digitale (1) : « Il y a une condition dans l'insuffisance aortique qui défend son usage ; c'est celle de l'hypercompensation. Cet état est marqué par une violence particulière de l'action du cœur, par des vibrations artérielles visibles sur tout le corps, par un mal de tête constant, de la rougeur de la face, des bourdonnements d'oreille, des épistaxis fréquente, etc. Le Dr Fagge (2) dit à son tour : « Dans l'insuffisance aortique, quand le ventricule hypertrophié pousse la circulation vigoureusement, la digitale aggrave souventtous les symptômes ; quand il y a dilatation du cœur (plutôt qu'hypertrophie), et que le pouls est faible, fréquent, frémissant, et surtout irrégulier, l'on peut l'administrer avec l'espérance que l'on en obtiendra du soulagement. » Quelle serait l'action de la digitale dans ce dernier cas, selon sir Walter Foster? La digitale augmenterait les effets nuisibles de l'insuffisance en ralentissant l'action du cœur. La diminution de la fréquence des battements du cœur sous l'influence de la digitale signifie toujours une accentuation de la période de dilatation dans les ventricules. « La tension artérielle abaissée peut requérir une augmentation; l'énergie du cœur peut demander à être relevée ; mais ces deux indications ne peuvent être remplies par aucune des substances qui, comme la digitale, ajoutent au mal primitif. Plus le cœur bat fortement, plus la tension artérielle est grande; plus abondant sera le reflux à travers les valvules insuffisantes, toutes choses égales d'ailleurs ; et tandis que

(1) *British Med. Journ.*, 20 déc. 1890, p. 1424.
(2) Ziemssen's *Cyclopœdia*, vol. VI. Traduction anglaise, 1876, p. 167.
(3) *Diseases of the Heart.* Edit. de 1876, p. 97.
(4) *Med. News* janvier 1891, p. 2.

(1) *Clinical Medecine*, 1874, p. 92.
(2) *A system of medecine*, édité par Russell Reynolds, vol. IV, p. 684.

la lésion valvulaire reste une quantité constante, la digitale en augmentera les effets en étendant la période de son action. » J'ai cité sir Walter Foster en dernier lieu, non seulement parce que, ainsi que nous le voyons, il est d'un avis diamétralement opposé à la haute autorité reconnue du Dr Fagge, mais aussi parce que je crois que c'est à ses écrits de 1874 que les vues de Corrigan ont été reprises à ce sujet.

L'argument contre l'emploi de la digitale dans la maladie aortique prend habituellement la forme suivante : « La digitale prolonge la phase diastolique du cycle ventriculaire et tend ainsi à exagérer la seule condition dans la maladie aortique qui soit dangereuse pour le malade. » Mais la digitale ne peut cependant être considérée comme agissant d'une façon sur l'une des cavités du cœur et d'une autre façon sur la seconde. Si elle prolonge la diastole du ventricule gauche dans la maladie aortique, elle doit aussi prolonger celle du ventricule droit et de l'oreillette gauche dans la maladie mitrale. Mais si ce que l'on pense généralement de la condition du ventricule droit dans cette dernière affection, est vrai, il ne peut en être ainsi.

Bref, quelle que soit l'action de la digitale dans la maladie mitrale, elle doit être semblable dans la maladie aortique. Et si les dangers sont de la même nature dans les deux cas, et que la digitale les éloigne dans l'un d'entre eux, elle doit le faire également dans le second. Ce que nous avons à combattre dans tout cas de maladie valvulaire, quel qu'il soit, c'est, je persiste à le dire, le défaut de la circulation par suite de la chute de la pression sanguine, cette chute est amenée par l'inhabileté du muscle cardiaque à surmonter l'obstacle créé par la valvule malade; et il importe peu que l'obstacle siège dans le côté droit ou dans le côté gauche du cœur, qu'il soit mitral, aortique, ou les deux simultanément; contre cette défaillance de la circulation, la digitale reste le remède le plus efficient à notre disposition.

J'établis mes conclusions par les propositions suivantes :

1° Dans tous les cas de maladies valvulaires, le principal desideratum, en ce qui concerne le cœur lui-même, consiste en la condition des cavités cardiaques par rapport à l'hypertrophie ou la dilatation;

2° L'apparition de symptômes dans une affection cardiaque, signifie toujours qu'il y a défaillance dans la circulation;

3° Les états décrits sous le nom d'hypertrophie exagérée ou d'hyper-compensation n'existent pas;

4° Les dangers dans la maladie aortique sont dus à la même cause que dans la maladie mitrale, c'est-à-dire, la rupture de la compensation, autrement dit, l'impuissance du muscle ventriculaire à surmonter le travail sans cesse croissant qui lui est imposé;

5° Si la digitale est d'un bénéfice sûr et certain dans la maladie mitrale, elle l'est également dans la maladie aortique.

TECHNIQUE HISTOLOGIQUE

NOUVEAU PROCÉDÉ DE COLORATION PAR L'ACIDE OSMIQUE, L'ACÉTATE DE CUIVRE ET L'HÉMATOXYLINE (PROCÉDÉ DE WEIGERT, ACCÉLÉRÉ.)

M. J. Berkley, de Baltimore, a imaginé un nouveau procédé de coloration, applicable notamment à l'étude des préparations histologiques des centres nerveux, d'une grande facilité d'emploi, et qui permet de colorer d'une façon très nette les fibres à myéline les plus fines. Il s'agit, en somme, d'une modification du procédé de Weigert. Les préparations obtenues suivant le nouveau procédé se distinguent par leur teinte noire comme enfumée, qui n'empêche pas de distinguer les différents détails avec une grande netteté. De plus, contrairement à ce qui a lieu quand on emploie le procédé de Weigert, les cylindres-axes s'imprègnent de matière colorante et se détachent sur les gaines de myéline.

Le nouveau procédé convient surtout pour les cas où l'examen histologique porte sur des pièces tout à fait fraîches. Il semble que la coloration dure indéfiniment, car sur des préparations qui datent de deux ans et conservées par M. Berkley, on distingue encore les moindres détails, quoique la coloration ait perdu de son intensité.

Les coupes du cerveau, du cervelet, de la moelle ne doivent pas avoir une épaisseur de plus de 2 1/2 millimètres; les dimensions en largeur n'ont pas d'importance. On dépose les coupes pendant vingt-quatre ou trente heures dans une solution de Flemming, à la température de 25°, puis, sans les laver, on les introduit directement dans de l'alcool absolu, qui doit être renouvelé deux fois dans les vingt-quatre heures suivantes.

Une fois les fragments suffisamment durcis, on les dépose pendant douze à vingt-quatre heures dans de la celloïdine, puis on les sectionne avec le microtome de Schanze, bien humecté préalablement avec de l'alcool à 95°. *Les coupes doivent être très minces*; elles ne doivent pas avoir une épaisseur supérieure à celle qui correspond à une demi division de l'échelle du microtome. On les lave ensuite dans l'eau, on les dépose dans une solution saturée d'acétate de cuivre, et on recouvre le petit godet qui les renferme. Que si l'on veut achever la coloration le même jour, on exposera le petit godet, pendant vingt-cinq à trente minutes, à une température de 35° à 40°, au-dessus d'un bain-marie; puis on laisse refroidir la solution cuprique. On soumet les coupes à un lavage rapide à l'eau, et on les introduit finalement dans une solution d'hématoxyline, préparée de la façon suivante :

On fait bouillir pendant quelques minutes 50 cc. d'eau distillée, dans un flacon, on y ajoute 2 cc. d'une solution saturée de carbonate de lithine, on continue de faire bouillir pendant quelques minutes, enfin on ajoute 1 1/2 à 2 centimètres d'une solution à 10 0/0 d'hématoxyline, préparée avec de l'alcool absolu. Après avoir secoué la bouteille, on la bouche, et on la laisse refroidir. On fera bien de ne préparer à la fois que de petites quantités de liquide, à cause de la facilité avec laquelle celui-ci se décompose. D'autre part, il est préférable de ne s'en servir que lorsqu'il est déjà préparé depuis quelques jours.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les coupes, après avoir été lavées dans la solution d'acétate de cuivre, sont introduites dans le liquide colorant déposé dans un petit godet qu'on expose ensuite pendant quinze à vingt-cinq minutes à une

température de 40°, au bain-marie. On laisse ensuite refroidir le liquide, on lave les coupes dans l'eau, et on les introduit dans la solution décolorante, borax et ferrocyanure de potassium, préparée suivant les indications de Weigert, et qu'on peut étendre d'un tiers d'eau. La décoloration constitue un temps très important de l'opération. Il est absolument nécessaire que le liquide pénètre rapidement dans les tissus, et que son action ne soit pas de longue durée, autrement un grand nombre de fibres à myéline se trouveraient décolorées du même coup; de une à trois minutes suffisent en général pour obtenir le résultat voulu et notamment pour décolorer la névrogie.

Après la décoloration, les coupes seront de nouveau lavées dans l'eau, à deux reprises différentes, puis déposées dans de l'alcool, de l'essence de bergamotte et du baume de xylol.

En procédant de la sorte, il ne faut pas plus d'une heure pour obtenir une préparation. Celle-ci devra présenter une teinte d'un noir foncé. M. J. Berkley convient d'ailleurs que la substance blanche et la substance grise se distinguent avec moins de netteté sur ces préparations, que sur celles que l'on colore par le procédé de Weigert. Sous le microscope, les fibres à myéline se présentent avec une teinte bleuâtre, la névroglie avec une teinte jaunâtre; les cellules sont incolores. Tout au plus quelques unes d'entre elles offrent une teinte d'un brun noirâtre, lorsque le sel de chrome n'a pas été réduit d'une façon complète.

Un peu d'exercice suffit pour se familiariser avec le maniement de ce procédé, et pour reconnaître comment se colorent les fibres, les cellules, la névroglie. Avec ce procédé on peut distinguer très facilement, sur des préparations de moelle, les ramifications en forme de T des fibres nerveuses dans les cordons et dans les racines postérieures, ainsi que le feutrage très serré formé par les fibres à gaines de myéline, qui courent partout entre la substance blanche et la substance grise.

Dans l'écorce grise on peut constater : *a*) la présence, aussi bien dans la substance blanche que dans la substance grise, d'un grand nombre de fibres à myéline, et cela mieux qu'avec n'importe quel autre procédé; *b*) la présence de fibres qui émettent de nombreux rameaux sous des angles très obtus (fibres interradiées); *c*, la présence d'autres fibres qui émettent des rameaux sous des angles très obtus (fibres collatérales. Enfin M. Berkley ajoute qu'il a pu observer souvent, sur des préparations, des fibres terminales; elles sont munies de gaines de myéline jusque presque vers leur terminaison, avec des cylindres-axes terminés en pointes.

Aux points où ces différentes fibres émettent des rameaux, on découvre de petits renflements de myéline, qui correspondent probablement aux étranglements signalés par Ranvier, sur les nerfs périphériques. E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CURE DES ULCÈRES VARIQUEUX, par CH. TRIPIER. — (Th. Paris.)

L'ulcère variqueux est la véritable pierre d'achopement de la chirurgie journalière. C'est à désespérer souvent de guérir de pauvres malades, qui, le plus souvent, sont de pauvres diables obligés de travailler pour vivre. L'ulcère variqueux devrait être la maladie des riches : ceux-ci pourraient alors se payer le meilleur de tous les médicaments, le repos. Sans lui, en effet, les topiques les plus vantés sont inefficaces; sans lui, le salicylate de bismuth, l'iodoforme, l'aristol, la circonvallation et même l'autoplastie, pour lesquels M. Tripier semble avoir une prédilection marquée, donnent des résultats bien précaires.

Loin de nous la pensée de vouloir mettre en doute la valeur du traitement préconisé par M. Desplats, consistant à combler la cavité formée par l'ulcère avec une pommade au salicylate de bismuth, et à appliquer par dessus et sur tout le membre, plusieurs couches d'ouate que l'on maintient fortement serrées. L'iodoforme et l'aristol ont pu donner aussi d'excellents résultats. L'incision circonvallatrice préconisée par Dolbeau et pratiquée par Labbé a également fait ses preuves. Mais ce qui nous a surpris, c'est de voir M. Tripier s'étendre complaisamment sur les avantages que semblerait pouvoir donner, d'après lui, la greffe dermo-épidermique, comme si le tissu ulcéré jouissait ici de la vitalité nécessaire à la pratique d'une semblable opération.

Que l'autoplastie ait pu donner quelques succès! Mais tout en doune. Il n'empêche qu'à notre avis la généraliser en pareil cas serait la pousser au discrédit et s'exposer à de fréquents mécomptes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DU VARICOCÈLE, par P. GOURAND. (Th. Paris.)

Le varicocèle est une affection généralement bénigne, à laquelle certains moyens hygiéniques et un bon suspensoir, suffisent presque toujours. Il est des cas, cependant, où ce traitement palliatif échoue, c'est lorsque le varicocèle est devenu, pour l'individu qui le porte, un empêchement sérieux à ses occupations, la cause de douleurs vives, ou qu'il exerce sur ses facultés mentales une influence fâcheuse. Dès lors, le chirurgien est autorisé à intervenir.

Aura-t-il recours à la compression préconisée par Breschet, à la cautérisation déjà en honneur du temps de Celse, à la ligature sous-cutanée pratiquée par Ricord, à l'enroulement imaginé par Vidal (de Cassis), à la résection recommandée par Chassaiguac, à l'isolement suivant la méthode de Rigaud (de Nancy), à la coagulation, appliquée par Maisonneuve, à la galvanocaustie inaugurée par Middelsdorpf, ou préferera-t-il la résection combinée du scrotum et des veines avec le clamp d'Horteloup, avec les pinces à ovariotomie de Le Dentu?

L'auteur accorde toute sa préférence au procédé de son maître M. Blum, consistant dans la résection d'un lambeau de peau du scrotum, associée à la double ligature des veines variqueuses et dans l'excision, le canal déférent et l'artère spermatique préalablement isolés, du paquet compris entre les deux ligatures.

Cette opération parait avoir toujours donné une guérison rapide sans complications, sans atrophie du testicule et sans récidives.

CH. AMAT.

BULLETIN

PLEURÉSIE ET THORACENTÈSE. — TYPHLITE ET APPENDICITE. — INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE DANS LA PNEUMONIE.

Il nous faut revenir encore une fois sur cet inépuisable su-

jet du traitement de la pleurésie qui, depuis six semaines, occupe les séances de l'Académie. Nous devons même nous féliciter de la continuation du débat, car elle nous a valu, mardi, une importante communication de M. Potain, dont assurément l'opinion doit faire loi en la matière. Notre maître a exposé, sous une forme très claire et d'une manière complète, les résultats de sa profonde expérience concernant le pronostic et la médication de la pleurésie. Les auditeurs ont eu ainsi la satisfaction d'entendre réhabiliter cette précieuse opération de la thoracentèse dont le crédit avait pu paraître ébranlé, à la suite des dernières critiques. Ils ont eu cette autre satisfaction non moins grande d'entendre apprécier comme il convient le pronostic des épanchements pleuraux, et particulièrement le danger des épanchements latents, insidieux, trop souvent mal diagnostiqués et méconnus. Cette dernière remarque, soit dit en passant, ne vient guère à l'appui des partisans de l'expectation, auxquels on pourrait précisément reprocher de ne pas tenir suffisamment compte de cette redoutable éventualité de la syncope et de la mort subite, qui rend si aléatoire la prévision du lendemain chez les pleurétiques. M. Potain a cité à ce propos des exemples d'une éloquence tout à fait convaincante. Mais la ponction ne saurait constituer à elle seule tout le traitement de la pleurésie, et c'est ce que le médecin de la Charité a voulu établir, quand il s'est efforcé de préciser les indications qui justifient l'intervention du trocart et celles qui commandent l'expectation ou l'application des autres moyens.

Nous ne doutons pas que ces idées ne rencontrent l'approbation générale des praticiens, c'est-à-dire de ceux que l'exercice quotidien du métier met à même d'apprécier à leur juste valeur les réalités cliniques et les faits. Aussi doit-on considérer la communication de M. Potain comme venant clore très heureusement une discussion qui, jusqu'à présent, n'avait peut-être pas éclairé suffisamment toutes les questions soulevées par un débat primitivement d'ordre purement chirurgical. Les réflexions échangées à la suite entre MM. Verneuil, Dieulafoy, Hardy ne sauraient modifier ici un sentiment qui nous a paru à peu près unanime.

Nous devons dire pourtant que M. Trasbot était venu, quelques instants auparavant, donner connaissance à l'Académie de certaines remarques relatives à la pleurésie chez les animaux domestiques. Une première conclusion, qui s'impose par la loi de l'observation, est celle-ci : Il n'y a aucun rapport entre la tuberculose et l'apparition de la pleurésie sérofibrineuse chez certaines espèces domestiques, comme le cheval, le chien et le mouton. En effet, l'observation appuyée par l'expérimentation démontre que ces trois espèces, et surtout la dernière, sont particulièrement réfractaires à l'infection tuberculeuse. Conséquemment, on peut affirmer l'origine *à frigore* de la plupart de ces cas de pleurésie dont le cheval offre si souvent des exemples. Mais d'autre part on ne constate pas d'évolution cyclique dans ces pleurésies qui se font remarquer, au contraire, par l'irrégularité de leur marche, et par l'incertitude du pronostic quant à leur durée. Toujours est-il que le savant professeur d'Alfort accorde une grande importance à la méthode révulsive et à la saignée, sans méconnaître pour cela les bienfaits de la thoracentèse pratiquée en temps opportun. Ces considérations de médecine comparée sont loin d'être sans intérêt, et il est permis de les opposer à celles qui ont été présentées au sujet de la pleurésie chez l'homme, alors même ce rapprochement n'aurait d'autre but que de compléter l'histoire naturelle d'une maladie d'autant plus utile à connaître qu'elle est plus répandue.

Dans ces derniers temps, on a fait de nombreuses recherches sur ces deux affections très communes qui s'appellent la *typhlite* et l'*appendicite* ; médecins et chirurgiens se sont appliqués avec une ardeur égale à en pénétrer les causes, à en saisir le mécanisme, et à déterminer le meilleur mode de traitement pour les combattre. Les médecins suisses, réunis au Congrès général, lui ont accordé à leur tour les honneurs d'une discussion publique. Cette discussion a fait ressortir la fréquence de l'appendicite, le danger des perforations liées à l'existence souvent insoupçonnée de cette lésion et a établi d'autre part, la possibilité de la guérison spontanée dans le cas où l'inflammation péri-cæcale n'est pas encore passée à la suppuration ou même lorsqu'elle a franchi le terme. Empressons-nous d'ajouter que cette dernière et très heureuse solution est considérée par nos confrères suisses comme une véritable exception, c'est-à-dire comme une éventualité fort rare si on la compare à la première. Aussi M. Roux a-t-il cru pouvoir affirmer la nécessité de l'intervention chirurgicale précoce, comme le seul moyen sérieux de salut pour les malades. D'après le chirurgien de Lausanne, l'opération devrait être tentée même dans les cas de péritonite généralisée, c'est-à-dire dans des cas qui laissent peu d'espoir de guérison. N'est-ce pas reconnaître implicitement l'insuffisance, ou pour mieux dire, l'impuissance des moyens empruntés à la thérapeutique médicale, auxquels, par surcroît, on peut reprocher de faire perdre un temps précieux, un temps dont les minutes sont comptées, et de laisser ainsi passer le moment opportun pour agir ? Cette conclusion est d'ailleurs conforme à l'opinion à peu près unanime des observateurs qui, dans différents pays, ont eu à traiter cette importante question.

Par une coïncidence assez naturelle, l'appendicite est revenu sur le terrain ces jours-ci devant la Société de chirurgie. M. Jalaguier a présenté un malade qui, entre ses mains, avait subi heureusement la laparotomie médiane, avec lavage et drainage de la cavité péritonéale totalement suppurée. L'opération avait été faite tardivement, et malgré les contre-indications résultant d'un état général grave lié à une péritonite généralisée. On rapprochera avec intérêt ce fait de ceux qui ont été rapportés par nos confrères Suisses, et on pourra en alors conclure que l'intervention opératoire est toujours indiquée, alors même que les chances de guérison sont devenues extrêmement faibles, au point de paraître à peu près illusoires.

Une méthode thérapeutique qui a eu récemment certain retentissement est celle des injections sous-cutanées de térébenthine comme moyen de traitement vis-à-vis de la pneumonie. M. Fochier, de Lyon, a été l'initiateur de cette méthode qui a trouvé presque aussitôt des continuateurs. M. Dieulafoy, en particulier, a rapporté un cas dans lequel ces injections avaient paru produire un résultat extrêmement favorable. Le médecin de Necker n'hésitait pas à attribuer le mérite de la guérison obtenue ainsi dans une pneumonie grave à l'action dérivative de l'irritation locale produite par l'essence. Naturellement, un essai de théorie s'imposait à l'effet d'expliquer le mode d'action du remède, si toutefois remède il y a. M. Fochier avait proposé le nom d'*abcès de fixation* pour caractériser le travail local engendré par ces injections. Dans sa pensée, cette expression devait équivaloir à une véritable interprétation pathogénique, la suppuration ainsi créée

pouvant être considérée comme une dérivation salutaire, ou plutôt comme un émonctoire artificiel destiné à favoriser l'élimination des microbes pathogènes, cause première de l'infection pneumonique.

Notre confrère lyonnais semble être revenu ainsi, peut-être sans y prendre garde, à la vieille théorie de la révulsion qui se proposait un but analogue, rejeter au dehors les *humeurs peccantes*. Malheureusement l'observation clinique ultérieure et l'expérimentation sont venues démentir à la fois la valeur de la méthode et l'interprétation que l'on avait cru pouvoir en donner.

Notre collègue Chantemesse, entre autres, a rapporté des faits absolument négatifs, dont l'étude impartiale prouve même que les injections sous-cutanées peuvent entraîner de sérieux inconvénients (douleur locale intense, suppuration diffuse, gangreneuse). Il a démontré, d'autre part, que le pus formé ainsi artificiellement ne renferme aucun des microbes pathogènes plus ou moins spécifiques que l'on cherche à y attirer et à y fixer. Cette double constatation est suffisante pour résoudre la question : Désormais la méthode de M. Fochier nous paraît condamnée, et appelée à prendre rang à côté de tant d'autres essais thérapeutiques bien intentionnés, aujourd'hui oubliés et qui ne devaient pas avoir de lendemain.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Séance du 30 *mai* 1892. — *Présidence* de M. BROUARDEL.

M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur :

Le préfet de l'Yonne annonce, à la date du 25 mai, que l'épidémie est en pleine décroissance et que le premier acte de la nouvelle municipalité a été de faire nommer une commission d'hygiène chargée de rechercher des eaux potables à l'abri de toute cause d'insalubrité. Une somme de 1,000 francs a été votée pour frais d'études.

M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, dit que, malgré les grandes chaleurs qui ont régné à Paris pendant toute cette semaine, le nombre des cas de diarrhée n'a pas augmenté. Il y a eu une seule entrée aux hôpitaux et 6 cas seulement ont été signalés, dont 2 à Nanterre.

Il ne s'agit donc, comme nous l'avons dit dans la séance précédente, que de quelques cas discrets sans tendance à l'extension.

L'armée continue à ne présenter aucun cas.

La situation de la ville de Paris ne présente pas cette semaine plus de 5 à 6 cas de cause de mort par diarrhée chez les adultes. Habituellement cette cause de décès donne 4 ou 5 décès par semaine.

On signale l'existence du choléra à Zeïla, dans le golfe d'Aden, assez près d'Obock.

Une dépêche de Téhéran, du 29 mai, nous apprend que le choléra s'est déclaré à Meched le 24 et il y a eu ce jour-là 40 cas, dont 15 décès. Toute communication entre le Khorossan et la Transcaspienne a été interceptée par les autorités russes.

Une dépêche de Constantinople nous annonce l'existence d'une épidémie de peste dans le pays des Montefiks, assez près de Bassorah.

La situation sanitaire dans l'Amérique du Sud n'est pas encore satisfaisante. Un navire venant de Rio avait eu, dans le mois précédent, 17 cas certains de fièvre jaune sur un effectif de 50 hommes. Pendant que ce navire, le *Matapan*, était à Rio, la fièvre jaune décimait les équipages des navires qui séjournaient quelque temps sur rade. Un petit vapeur était occupé du matin au soir à aller chercher les malades, dont chaque jour le nombre n'était point inférieur à une quarantaine.

A Bahia, les cas de fièvre jaune sont assez fréquents en rade, mais en ville on ne constate que quelques cas isolés.

A Santiago de Cuba, il n'y a eu qu'un décès par fièvre jaune pendant le mois d'avril.

NOUVELLES

Facultés de médecine.

Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) vient de se terminer par les nominations suivantes :

PARIS. — *Chirurgie* : MM. Lejars, Delbet et Albarran. — *Accouchements* : M. Varnier.

BORDEAUX. — *Accouchements* : M. Chambrelent.

LILLE. — *Chirurgie* : M. Carlier. — *Accouchements* : M. Tracou.

LYON. — *Chirurgie* : MM. Rochet, Rollet et Condamin. — *Accouchements* : M. Pollosson.

MONTPELLIER. — *Chirurgie* : M. Lapeyre.

NANCY. — *Chirurgie* : M. Février.

TOULOUSE. — *Chirurgie* : M. Chrétien.

Hopitaux de Lyon. — Un concours s'ouvrira à Lyon le 21 novembre 1892 pour une place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Le chirurgien-major entrera en fonctions comme chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu au plus tard le 5 *mars* 1910. La durée des fonctions est de six ans.

Comme chirurgien aide-major, il sera chargé d'un service de chirurgie générale, et après les six ans de majorat, il sera chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu, pendant le temps nécessaire pour compléter les dix-huit années réglementaires de service. En attendant son entrée en fonctions, il remplira celles de chirurgien suppléant.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 22 AU 28 MAI 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 45. — Scarlatine 9. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 39. — Grippe, 1. — Phtisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 48. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 33 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 53 — Paralysie, 56. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 67. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 122. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 92. — Fièvre et péritonite puerpérales 5 — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 199. — Causes inconnues, 5. — Total 1213.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GÉNÉRALE

LA PATHOGÉNIE DES VARICES

Par le Dr Charles Amat,
Médecin major de deuxième classe.

Les varices sont constituées par la dilatation permanente et pathologique des veines. Observées quelquefois au crâne, à la face, au niveau même des gros troncs veineux thoraciques, au col de la vessie, à l'estomac, à l'œsophage, à la langue, au membre supérieur, elles affectent une prédilection marquée pour les veines hémorrhoïdales et spermatiques et surtout pour les veines du membre inférieur.

Il suffit en effet de se reporter aux divers travaux publiés et en particulier aux comptes rendus du recrutement, pour voir que ces dernières sont le plus fréquemment intéressées. Aussi dans l'étude qui va suivre nous en occuperons nous tout spécialement puisque, de par l'usage, c'est d'elles seules qu'il s'agit sous le vocable varices.

Pour mieux apprécier les causes qui président au développement de cette affection, il est indispensable de rappeler tout d'abord la disposition des veines au membre inférieur.

I

La circulation veineuse y est assurée par deux systèmes vasculaires, l'un superficiel, l'autre profond.

Le système vasculaire superficiel a pour racines les veines sous cutanées des orteils, qui se réunissant sur la face dorsale du pied au niveau de la tête des métatarsiens, donnent une arcade à concavité postérieure. De l'extrémité interne naît la saphène interne; la saphène externe part du côté opposé. L'une se dirige en arrière et en haut vers la malléole interne, longe le côté interne et antérieur de la jambe, contourne la tubérosité interne du tibia et le condyle interne du fémur, remonte le long de la face interne de la cuisse en se portant un peu en avant et en dehors, et s'abouche dans la veine fémorale en passant par-dessus le repli falciforme de l'aponévrose crurale. L'autre côtoie le cinquième métatarsien et le bord externe du pied, passe derrière la malléole péronéale, se réfléchit de bas en haut, remonte sur la face postérieure de la jambe dont elle gagne bientôt la ligne médiane, plonge dans le creux poplité et se jette dans les veines profondes.

Le système veineux profond comprend les veines satellites des artères, les veines anastomotiques et les veines inter et intra musculaires. Les premières, au nombre de deux, suivent le trajet exact des vaisseaux artériels, les secondes établissent une large communication entre les deux réseaux superficiels et profonds et entre les veines profondes elles-mêmes, les troisièmes enfin, particulièrement abondantes

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET L'ASSISTANCE PUBLIQUES A BARCELONE (1)

Suite (1).

§ 2. — *L'assistance a Barcelone.*

Les médecins de l'assistance à domicile sont payés, à Barcelone, par la municipalité; le dernier budget a fixé leurs émoluments à 2.500 fr. pour les anciens, et à 2.000 fr. pour les nouveaux, il y en a 2 par chacun des 10 districts. Ils doivent donner des consultations gratuites dans les dispensaires municipaux, qui sont de vraies maisons de secours. Une nouvelle organisation du service d'assistance est indiquée dans la *Gaceta sanitaria* de Barcelone. Deux choses principales forment les bases de la réforme opérée par la municipalité : la création d'un hôpital pour les maladies contagieuses, et la création d'un nouveau dispensaire dans le faubourg Santa Madrona.

(1) Voir le numéro précédent

Le corps municipal, ajoute le journal, se trouve ainsi réparti en quatre sections : 1° l'assistance médicale, la police sanitaire, les vaccinations, l'inspection des écoles, etc... 2° l'institut pratique d'hygiène; 3° l'institut bactériologique; 4° l'hygiène spéciale (prostitution). Les quatre dispensaires créés par les amis des pauvres (amigos de los pobres), auront en permanence chacun un médecin de garde.

Le personnel se composera de 84 médecins, un vétérinaire (inspecteur des viandes), 1 chimiste et 1 pharmacien (dont 30 médecins titulaires, 1 vétérinaire et 21 médecins surnuméraires pour la première section). La vérification des décès se fait par les soins d'un médecin spécial (médico forense). La déclaration des maladies contagieuses est obligatoire.

§ 3. — *La charité provinciale à Barcelone.*

I

La Casa de Caridad de Barcelone, fondée en 1802, est un immense édifice divisé en plusieurs cours, que séparent des corps de bâtiments ayant chacun leur spécialité.

dans les masses du mollet jumeaux et soléaire, arrivent à se transformer dans certaines varices sous aponévrotiques en un véritable tissu érectile, en une sorte d'éponge vasculaire. Il convient de mentionner encore les veines des nerfs que M. Quenu a trouvé variqueuses chez tous les malades atteints de varices profondes. C'est ce qui même explique la fréquence des névralgies sciatiques chez les vieux variqueux et l'amélioration apportée par tout ce qui s'oppose à la stase sanguine: position horizontale, compression exercée par un bas élastique remontant jusqu'au pli de l'aine.

Les saphènes ont des valvules disposées de telle sorte que leur concavité regarde dans la direction du cours naturel du sang veineux. Dans les anastomoses la concavité est tournée du côté des veines profondes, en sorte que le sang reflue des veines superficielles vers les profondes sans pouvoir le faire de celles-ci vers les premières. Au pied, la disposition des valvules est inverse et telle que le sang ne peut aller que des veines profondes vers les superficielles.

Toutes les veines dont il vient d'être question ne sont pas également prédisposées à l'altération variqueuse. La fémorale et la poplité ne présentent guère jamais autre chose qu'un épaississement de la paroi donnant une apparence artérielle sans dilatation ni allongement à forme serpentine. A la jambe les veines tibiales antérieures se comportent également. Quant aux tibiales postérieures elles ne jouissent pas de cette immunité et sont au contraire rapidement atteintes. Verneuil (1), qui a insisté sur ces particularités, montre ces dernières subissant surtout la dilatation variqueuse dans l'espace qui sépare le quart supérieur du quart inférieur de la jambe. Par ses dissections il a encore mis hors conteste que les veines inter et intra musculaires sont le siège de prédilection des varices profondes. Notre maître M. Gaujot, comme le rappelle M. Charvot (2) dans son intéressante étude sur les varices dans l'armée, fait remarquer de plus que le réseau des veines tibiales devient variqueux en même temps que la saphène interne et que les varices des péronières accompagnent celles de la saphène externe.

Les veines profondes des muscles antérieurs de la cuisse sont seules atteintes de varices. L'immunité dont jouissent les veines des muscles postérieurs et des adducteurs semble prouver qu'ici comme à la jambe la dilatation variqueuse affecte exclusivement les muscles extenseurs.

Les veines superficielles et surtout la saphène interne, ou pour mieux préciser ses collatérales, sont les plus fréquemment dilatées. Disons enfin que c'est tout particulièrement au membre inférieur gauche qui se montrent les varices.

Suivant la nature du réseau atteint les varices sont dites superficielles ou profondes. Les premières, qui affectent d'ordinaire la saphène interne, se montrent au niveau des muscles gastro-cnémiens d'où l'altération s'étend en descendant vers le pied et en remontant vers la cuisse; les secondes prennent naissance dans les veines intra-musculaires du mollet et gagnent de proche en proche la plante du pied et le tiers inférieur de la cuisse.

Si les divisions ci-dessus établies aident à la description, il ne s'ensuit pas qu'en clinique on les observe d'une façon aussi tranchée. Nous sommes déjà loin de l'époque où Boyer (1), résumant en cela l'opinion de ses devanciers pensait que le réseau superciel était seul intéressé et que les veines profondes ne se dilataient que par propagation. Les recherches de Verneuil (3) ont établi d'une façon péremptoire que les varices superficielles des membres inférieurs sont toujours accompagnées de varices profondes dans la région correspondante, sans que la réciproque soit vraie pour les varices profondes, bien qu'il soit à présumer que dans un délai plus ou moins long les vaisseaux superficiels à leur tour s'amplifieront, deviendront serpentins et paraîtront alors sous la peau. En fait, la phlébectasie des membres inférieurs prend toujours son origine dans les veines profondes en général et dans les veines du mollet le plus souvent, les premières étant d'abord atteintes de dilatation et d'insuffisance valvulaire

(1) Verneuil. *Du siège réel et primitif des varices du membre inférieur.* (*Gazette médicale de Paris*, 1855, p. 524.)

(2) Charvot. *Etude sur les varices dans l'armée.* (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. V, 1885, p. 333.)

(1) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales.* Paris 1831, t. II, p. 357.

(2, Verneuil. *Note sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique* (*Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 428.)

La partie destinée aux enfants abrite 200 petits fréquentant l'école maternelle, 200 garçons recevant, au rez-de-chaussée, l'enseignement de trois maîtres laïques (trois salles et une salle de dessin); 200 autres, instruits par des religieuses, qui ont sous leur direction, 400 filles dans les classes de l'étage supérieur. Ces religieuses, au nombre de 70, portent le costume de nos sœurs de Saint-Vincent-de-Paule, et beaucoup d'entre elles parlent le français.

D'autres compartiments sont habités par les vieux pauvres de la province, que l'on admet sur un certificat de l'alcalde de leur commune, après 62 ans; de plus, les hommes et femmes incapables de travailler, constatation faite par le médecin officiel, et les impotents qui prennent leur récréation et leurs repas dans les mêmes cours et réfectoires, mais couchent dans des dortoirs différents, très petits et insuffisants. Il y a enfin, un compartiment pour épileptiques et idiots.

La Casa de Caridad de Barcelone, qui donne ainsi asile à plus de 2.000 pensionnaires de tout âge, a une organisation très bien entendue, et les services généraux sont à la hauteur des progrès modernes, cuisine, buanderie marchent à la vapeur. L'établissement fabrique son pain, ses pâtes alimentaires. Il y a, comme dans les asiles analogues, des ateliers de couture (ouvroirs) pour les filles, des ateliers pour les garçons: cordonniers, ferblantiers, fabricants d'espadrilles, serruriers; dans une vaste salle, il y a 30 métiers pour tissage de toile à matelas, et au rez-de-chaussée, une imprimerie occupant une cinquantaine de garçons, et fort bien montée. Elle travaille pour le dehors, particuliers ou administrations; et au moment où je la visitais, on tirait un journal hebdomadaire, dont le texte était d'ailleurs un peu léger. La mortalité est en moyenne de 70 0/0.

II

Barcelone ne peut pas se contenter d'une seule maison de secours pour ses pauvres. Il y a, près de la Casa de Caridad, une autre maison provinciale, la Casa de Misericordia, que j'ai visitée avec l'aumônier et le médecin. Elle a été fondée en 1783, par l'ayuntamiento, à l'occasion d'une grande sécheresse.

Elle est destinée aux filles de 3 à 9 ans, et en reçoit 300, logées et nourries dans l'établissement, et auxquelles on apprend le métier de lingère. Les ateliers, au nombre de 6 ou 8, travaillent pour le dehors, avec une activité et une adresse remarquables.

qui peu à peu se propagent aux branches sous aponévrotiques de deuxième et de troisième ordre. D'où la distinction à établir, d'une part, entre les varices profondes et de l'autre entre les varices tout à la fois superficielles et profondes.

II

Comment se produisent les varices? Nous ne nous occuperons ni des varices traumatiques reconnaissant pour causes toutes les lésions qui déterminent dans la veine la coagulation du sang par thrombose ou phlébite, ni des varices symptomatiques d'origine pathologique apparaissant à la suite de certaines altérations du système pelvien en général et de la veine cave en particulier, nous nous limiterons à l'étude toute spéciale des varices idiopathiques.

Il faut rechercher dans des influences générales encore indéterminées la cause efficiente des varices. Les futurs variqueux ont d'habitude un développement excessif du système veineux en général. Même au membre supérieur il est aisé de suivre sous la peau les veines tortueuses et gorgées de sang; de plus ils ont dans leurs ascendants des variqueux. Les travaux de Sistach (1) et Lagneau (2), ont montré combien les veineux sont plus fréquents dans la race kymrique que dans la race celtique. En faut-il davantage pour caractériser ce que l'on a appelé la diathèse variqueuse? Elle s'affirme au reste par son évolution que règlent des causes spéciales à chaque âge. Aux diverses périodes de la vie un organe ou un groupe d'organes fonctionne avec une activité prépondérante dans l'économie, sa circulation devient par ce fait plus active, et le système veineux de la région est plus exposé à l'altération variqueuse. C'est ainsi qu'au moment de la virilité, de quinze à vingt ans, quand les organes génitaux commencent à entrer en fonction, le varicocèle apparaît comme première manifestation de la diathèse. Plus tard les exigences sociales imposent à l'homme des travaux de force, des fatigues excessives et continues, des professions où la station debout est obligatoire, aussi est-ce de vingt à trente ans qu'apparaissent les varices du membre inférieur. Les hémorrhoïdes avec toutes leurs conséquences surviennent par contre chez les sujets à régime excitant et à vie sédentaire. L'état variqueux se généralise avec l'âge et finit par envahir la vessie et la prostate qui aux périodes ultimes de la vie se montrent si souvent malades.

Les varices, véritables accidents secondaires de la diathèse, sont pendant longtemps localisées du côté du cordon spermatique. Mais sollicitées dans leurs apparitions par un ensemble de causes physiques, anatomiques et physiologiques, leur évolution peut être hâtée par la compression qu'exercent les vêtements, par la marche et la station prolongées.

La déclivité et la pesanteur interviennent dans la production des varices. Ce fait, si manifestement établi par la fréquence de l'affection chez les personnes que leur profession oblige à se tenir constamment debout, a été contesté par Briquet (1). Ce dernier basait son opinion sur la présence des valvules qui interrompent la colonne sanguine d'espace en espace, et sur ce fait que les varices ne commencent pas toujours à la partie inférieure des membres, ainsi que cela devrait être si la pesanteur en était l'unique cause. Mais rien ne prouve l'intégrité de ces valvules au moment où la dilatation se produit. N'aurait-on pas quelques raisons de croire au contraire que leur vice de fonctionnement est une des causes de l'affection, puisque l'altération débute au niveau de ces mêmes valvules?

Les veines des membres inférieurs présentent des particularités anatomiques qui les prédisposent à des degrés divers aux dilatations variqueuses. On insiste sur la façon dont la saphène interne, située dans un tissu cellulaire souscutané lâche, s'abouche dans la veine crurale au sommet du triangle de Scarpa et sur l'étranglement physiologique qu'elle subit en ce point. L'immunité partielle dont la saphène externe paraît jouir par rapport aux varices est, d'autre part, expliquée par ce fait que, située sous l'aponévrose jambière toujours tendue et inextensible, elle est

(1) Sistach. *Tableau d'exemptions pour varices de 1850 à 1859.* (*Gazette médicale de Paris*, 1863, p. 725.)

(2) Lagneau. *Anthropologie de la France.* (*Diction. encyclo. des sci. médic.*, série IV, t. V, p. 90.)

(1) P. Briquet. *Dissertation sur la phlébectasie ou dilatation variqueuse des veines, notamment sur celles des membres abdominaux.* (Thèse Paris, 1824.

Les enfants reçoivent l'instruction dans deux écoles, qui se composent chacune, seulement, d'une très grande salle recevant 150.000 enfants. Le mode d'enseignement mutuel, appliqué encore dans plusieurs écoles espagnoles, explique ce petit nombre de salles de classes, pour un si grand nombre d'élèves.

Les dortoirs et infirmeries de la Casa de Misericordia sont bien situés, vastes, et bien ventilés, grâce à l'air abondant pris dans les caves, et passant par le plancher.

Dans ce sous-sol fort clair, il y a une installation complète de bains chauds et d'hydrothérapie.

L'hygiène de ce vaste édifice nous a paru bien comprise, et les aimables guides qui m'en ont fait les honneurs insistaient sur ce fait, que la Casa de Misericordia avait échappé aux épidémies de choléra, de diphtérie, de rougeole, tandis que la Casa de Caridad, sa voisine immédiate, avait été assez fortement frappée. Le service médical est fait par deux médecins et un pharmacien. Cette maison est liée avec un asile d'orphelins, fondé en 1370, qui élève des garçons jusqu'à 14 ans, et des filles jusqu'à ce qu'elles aient un état.

III

La Maternité de Barcelone a été fondée en 1853; elle a pris un local qui appartenait à la Maison de Miséricorde. Elle est assez réduite. Elle contient des lits pour les nourrices, des berceaux pour les enfants. C'est sur des proportions plus exiguës, et avec des services moins bien installés, que la maison de Maternité de Cadiz que j'ai précédemment décrite.

Elle ne contient actuellement que 187 enfants, et possède, dans les faubourgs, une succursale qui en contient 47. Dans ce dernier asile, on reçoit les enfants aussitôt sevrés, on ne les conserve que jusqu'à l'âge de 7 ans. Les garçons passent ensuite à la Casa de Caridad, les filles à la Casa de Beneficiencia. La Députation provinciale a, près du Sacré-Cœur, un terrain de 28 hectares, où elle va faire construire une maison unique.

La mortalité, dans la maison actuelle, est de 28 0/00, pour les nourrissons allaités et de 113, pour les nourrissons sevrés.

IV

La plaie de Barcelone, dont se plaignent les autorités, malgré

bridée et contenue au même titre que les veines profondes.

Si les tibiales postérieures et péronières n'en sont pas moins sujettes à des dilatations variqueuses aussi fréquentes, plus fréquentes même que celles de la saphène interne, cela tient, d'une part, à ce qu'elles ont à franchir, avant de quitter la jambe pour pénétrer dans le losange poplité, l'anneau fibreux du muscle soléaire qui les comprime probablement un peu et gêne localement leur circulation en retour quand le muscle se contracte, et, d'autre part, à ce que les anastomoses nombreuses qui unissent les saphènes aux veines tibiales postérieures et péronières possèdent, ainsi que nous l'avons déjà vu, des valvules disposées de telle sorte que le sang peut refluer des secondes dans les premières, mais non des premières dans les secondes. Il résulte d'une semblable disposition que les veines satellites des artères, lorsque le sang, pour une cause ou pour une autre, afflue surabondamment dans leur cavité, ne peuvent s'en débarrasser au moins en partie par la voie des anastomoses et avoir une rigole de dérivation vers les saphènes : il faut donc forcément qu'elles se dilatent surtout au-dessous de l'anneau malheureusement inextensible du soléaire, et ces dilatations trop fréquemment répétées conduisent droit aux varices. Chaque fois que dans les saphènes la tension du sang est supérieure à la tension du sang contenu dans les veines tibiales postérieures et péronières, ces dernières éprouvent une surcharge sanguine transmise par les anastomoses dont les valvules s'opposent au retour du sang de la profondeur vers la périphérie, ne laissant passer que celui qui va de la superficie vers la profondeur. Ces détails anatomiques ne suffisent-ils pas pour établir que, malgré la protection de l'aponévrose jambière, les veines tibiales postérieures et péronières sont en effet plus exposées aux varices que les deux saphènes et surtout que la saphène externe ?

Mais la saphène externe doit à sa situation sous-aponévrotique un autre avantage, c'est de ne pas avoir à traverser (1) près de sa terminaison, comme le fait la saphène interne au triangle de Scarpa, un anneau fibreux qu'on attribue si communément à l'aponévrose poplitée. Des dissections minutieuses paraissent avoir démontré qu'il n'y a pas la moindre trace d'anneau, aussi quelque peu active que pût être cette cause de varices doit-elle être définitivement écartée.

Il existe une relation évidente entre la contraction répétée de certains groupes musculaires et le développement des varices profondes. Celles-ci occupent presque exclusivement, à la jambe et à la cuisse, la masse des muscles extenseurs qui jouent dans la station, la marche et le saut un rôle physiologique si considérable. Les veines du membre inférieur sont de plus placées dans des conditions relativement défavorables pendant la phase d'inspiration. Le cours du sang s'y trouve momentanément ralenti ou arrêté par suite de l'augmentation de la pression intra-abdominale. Le sang des extrémités inférieures doit en effet traverser le milieu abdominal où règne une pression augmentée avant de pénétrer dans le milieu raréfié de la poitrine.

La pléthore veineuse abdominale se trouve accrue par la gêne que les vêtements peuvent apporter à la respiration et à la circulation sous-diaphragmatique. C'est ce qui s'observe chez le soldat bridé par son ceinturon qui lui serre le ventre, par les courroies qui étreignent ses épaules, par le poids de son chargement qui l'écrase. Si l'ouvrier des villes se livre à des travaux aussi pénibles pour le moins que ceux prescrits aux soldats, il a l'avantage de pouvoir porter des vêtements qui lui laissent les mouvements libres, aussi les varices sont elles chez lui plus rares.

Mais il est une autre particularité bien mise en lumière par M. Gaujot (1), c'est que dans les manœuvres de force le point d'appui est à peu près constamment pris sur la partie gauche, en vue de dégager la partie droite du corps et la laisser libre. C'est ce qui s'observe dans l'escrime, les manœuvres d'armes, les exercices à cheval, dans l'action de frotter un parquet, de manœuvrer une bêche... La pression est augmentée, d'une part, dans le système veineux sous-diaphragmatique pendant tout le temps que dure l'effort, alors que, d'autre part, les muscles du membre inférieur contractés accélèrent la circulation et augmentent le courant sanguin dans les veines : d'où stase et dilatation variqueuse. Mais comment se produit cette dernière? Faut-il avec M. Gaujot faire intervenir la pression plus considérable que les veines, toujours un peu flexueuses au membre inférieur, supportent à la convexité de ces sinuosités? Ce qui se passe dans les cours d'eau où le courant va toujours rongeant le côté de la convexité des courbes qu'il décrit, alors que du côté de la concavité s'accumulent au contraire les détritus et les alluvions semblerait, bien devoir le faire admettre, expliquant dès lors et la dilatation des parois et l'influence valvulaire consécutive.

Conclusions. — Les varices ne sont que les accidents secondaires d'un état général, la diathèse variqueuse. La déclivité et la pesanteur interviennent dans leurs productions; aussi la marche, la station prolongée, la compression exercée par des jarretières, par des vêtements trop serrés sont elles considérées comme tout autant de causes physiques déterminantes.

(1) H. Chrétien. *Pourquoi les varices des veines superficielles des membres inférieurs affectent beaucoup moins fréquemment la veine saphène externe que la saphène interne.* (*Revue médicale de l'Est*, 1878.)

(1) Gaujot. Leçons orales. Paris, 1878.

leurs efforts pour la guérir, c'est la mendicité; les razzias fréquentes que l'on fait sont inutiles, aussi a-t-on songé à créer un asile des pauvres, établissement municipal, véritable monument, situé au parc, près du laboratoire de Ferran, et qui prend les enfants vagabonds des deux sexes, sans famille, et les mendiants impotents, ramassés sur la voie publique.

Deux médecins sont attachés à l'établissement.

Il est question aussi d'établir à Barcelone, un asile de nuit dans le genre de ceux de France. Les bases de l'installation proposées par l'alcalde, dans un rapport présenté à l'ayuntamiento, sont les suivantes :

On recevra à l'asile les individus manquant de travail, quel que soit leur culte; ils y séjourneront trois nuits au plus; on leur donnera des vêtements, en remplacement des leurs usés, que d'ailleurs on passera tous à l'étuve, au moment de l'entrée. Il ne leur sera pas permis d'y rester le jour, ils seront obligés de chercher de l'ouvrage, mais l'asile s'occupera de leur en procurer. Il n'y sera admis aucun individu atteint de maladie contagieuse ou répugnante; un des médecins municipaux sera chargé de les examiner à leur entrée.

(*A suivre.*)

La prédilection marquée que les varices ont pour la saphène interne et pour les veines profondes du mollet tient à ce que la saphène interne, située dans le tissu cellulaire sous-cutané lâche, est étranglée au point où elle s'abouche dans la veine fémorale par le ligament falciforme, et à ce que les veines tibiales postérieures et péronières ont à franchir, avant de quitter la jambe pour pénétrer dans le creux poplité, l'anneau fibreux du muscle soléaire. Comprimées et gênées dans leur circulation en retour quand le muscle se contracte, les valvules des anastomoses s'opposent au passage du sang des veines profondes vers les superficielles.

Quant à l'immunité dont paraît jouir la saphène externe, elle résulte surtout de sa situation sous-aponévrotique et un peu aussi de l'absence de tout anneau fibreux au niveau de sa terminaison.

La plus grande fréquence des varices à gauche s'explique enfin par ce fait que dans les manœuvres de force le membre inférieur gauche étant pris comme point d'appui, la pression dans le système veineux sous-diaphragmatique s'y trouve augmentée pendant tout le temps que dure l'effort, alors que les muscles contractés de ce même membre accélèrent la circulation, exagérant la force du courant sanguin dans les veines.

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX

Par le Dr P. R. Charrier,

Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

Suite (1)

Observation VI.

Double pyosalpinx d'origine blennorrhagique; poussées péritonitiques menstruelles.

Degr.., Pauline, âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, entrée le 16 septembre 1890, salle Pascal A, n° 14.

Depuis sept jours, cette malade éprouve de violentes douleurs dans le ventre, qui ont pris un tel caractère d'acuité qu'elle vient à Pascal demander une opération qui mette fin aux souffrances intolérables qu'elle éprouve. Lorsque nous la voyons le 13 septembre dans le service de M. de Beurmann où elle est entrée en attendant que nous puissions la prendre, nous constatons les phénomènes suivants :

Femme blonde, lymphatique, très pâle, les yeux cernés et creusés, le facies péritonéal, le ventre est tendu, météorisé et depuis trois jours la malade n'a pas quitté le lit. la course qu'elle a faite en voiture pour venir à Lourcine a exaspéré les douleurs dans le ventre, que l'on ne peut explorer sans arracher des cris à la malade; on prescrit de la glace sur le ventre, une piqûre de morphine et un grand lavement pour le lendemain.

14 septembre. Légère amélioration, la malade a eu une garde-robe qui l'a soulagée.

Le 15. L'amélioration continue.

Le 16. La malade est transportée au lit n° 14 de la salle A; malgré les précautions prises, le changement de salle, les mouvements spontanés et provoqués ont réveillé les douleurs, à la visite du soir le facies de la malade est de nouveau péritonéal, la température dépassé 39°, le pouls est fréquent, la malade a vomi trois fois dont une fois des matières verdâtres abondantes.

Le ventre est moins ballonné que le premier jour, il est néanmoins tendu et très douloureux, surtout au niveau de l'utérus et dans les fosses iliaques; nous ne poussons pas plus loin l'examen. Application de glace.

Le 17. A la visite. M. Pozzi approuve le traitement et se contente d'interroger la malade sur ses antécédents.

Au point de vue héréditaire. — Père mort tuberculeux, mère morte cancereuse.

Au point de vue personnel. — Bronchites fréquentes, fluxion de poitrine à 11 ans, pas d'autres maladies générales.

Au point de vue génito-urinaire. — Première règles à 15 ans 1/2, régulières et indolores. En juin 1889, la malade qui se portait bien, est prise à la suite d'un coït avec un sous-officier, que depuis elle a su être en traitement au Midi, de pertes blanc verdâtres avec sentiment de cuisson dans le vagin, d'ardeur en urinant; néanmoins, elle ne se soigne pas et ce n'est qu'après avoir constaté que les rapports sexuels deviennent très douloureux et que son écoulement vaginal augmente, qu'elle se décide à consulter, il y avait à peu près quinze jours que sa blennorrhagie avait débuté, environ cinq jours après son époque menstruelle.

Trois semaines après le début de sa vaginite, brusquement elle fut prise d'atroces douleurs dans le ventre, avec fièvre, frissons, etc.; ses douleurs abdominales sont telles qu'elle entre à la Pitié dans le service de M. Audheui où l'on porte le diagnostic de pelvi-péritonite, on applique des sangsues, de la glace et malgré cela, l'amélioration tarde longtemps à s'établir, pendant dix jours la malade reste étendue n'osant remuer, le ventre était ballonné et la constipation habituelle ne cédant qu'à des lavements on à des laxatifs; elle resta trois mois dans le service, sort de l'hôpital se croyant guérie, conservant toujours un peu de vaginite et un peu de sensibilité abdominale. A peine sortie, les fatigues de tout genre, les excès auxquels elle se livre, font réapparaitre avec une égale intensité et la vaginite et la péritonite. Elle rentra alors à Beaujon dans le service de M. Millard, où elle est traitée pendant deux mois et d'où elle sort très bien portante en novembre. Pendant un mois elle se trouve assez bien, toutefois en janvier elle a une nouvelle poussée de douleurs abdominales accusées surtout à droite; cependant après quelques jours de repos au lit, elle retrouve un peu de calme et passe les mois de février et de mars chez elle. En avril 1890, à la suite, dit-elle, d'une recrudescence de pertes blanches et d'excès sexuels elle est obligée un jour de s'arrêter au milieu de la rue, tant les douleurs qui l'ont saisie sont violentes, surtout marquées à gauche. On la transporte dans le service de M. Polaillon à la Pitié. Pendant les trois jours qui suivirent son entrée dans le service elle présenta des symptômes de péritonite aiguë si intenses que la question de l'intervention immédiate fut posée, mais le troisième jour la malade commençait à moins souffrir et on décida d'attendre; cette fois, si aigus qu'avaient été les signes de péritonite ils disparurent plus vite que les autres fois et trois semaines après son entrée à la Pitié, la malade sortait. Depuis lors, dit-elle, jusqu'à il y a sept jours, elle n'a pas cessé de souffrir dans le bas-ventre de chaque côté et plutôt davantage à gauche qu'à droite, lorsqu'elle fut prise, il y a sept jours, des

(1) Voir les numéros 18, 19 et 22.

phénomènes douloureux très aigus qui l'ont amenée à Pascal, puis ici, et que nous avons racontés.

Après cet interrogatoire, M. Pozzi touche la malade et constate que les culs-de-sac sont très douloureux, surtout en arrière de l'utérus. Sous pouvoir limiter la masse que l'on sent en arrière, il est manifeste qu'il y en a une volumineuse formée par des adhérences multiples qui fixent l'utérus dans la position qu'il occupe.

18 septembre. L'amélioration continue.

Les 19 et 20. La malade va vraiment mieux.

Le 22. M. Pozzi peut faire venir la malade à l'amphithéâtre où il constate : le col petit, entr'ouvert, granuleux. Utérus en avant et légèrement rétrofléchi. Cul-de-sac postérieur très profond et douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur, ronde, très douloureuse au toucher, non adhérente au cul-de-sac mais immobile, manifestement formée par les annexes, probablement du côté droit et difficiles à distinguer au milieu des masses fibreuses. Le cul-de-sac latéral gauche est libre. Dans le droit empiètent la tumeur et les adhérences.

Diagnostic. — Salpingite kystique, peut-être pyosalpinx.

L'opération est décidée et pratiquée le 2 octobre.

Sous le chloroforme, M. Pozzi pratique à nouveau le toucher combiné avec le palper et il dicte le diagnostic suivant : double salpingite avec pyosalpinx probable à droite; les annexes sont augmentées de volume par les adhérences qui les entourent.

Après l'incision, M. Pozzi arrive sur les annexes qui sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et comme maintenues par de véritables ligaments de néoformation formés aux dépens de brides péritonéales qui limitent et croisent le cul-de-sac de Douglas. Les intestins sont en partie adhérents à cette masse, surtout pour ce qui est du rectum et de l'S iliaque. La décortication est difficile, surtout à droite.

Examen des pièces. — L'opération a eu lieu sans incident notable et a duré vingt-cinq minutes.

Du côté gauche, la tumeur salpingienne a le volume du petit doigt et renferme une cuillerée de pus crémeux. L'ovaire scléro-kystique contient de petits kystes transparents et un gros kyste sanguin contenant du sang épais, caillé et couleur chocolat.

Du côté droit, la trompe est un peu plus volumineuse et forme un sac du volume de l'index, ses parois sont épaissies, tomenteuses et contiennent du pus en petite quantité. L'ovaire du volume d'une grosse noix, est absolument transformé en kyste séreux à parois ecchymotiques. Une fois ces kystes évacués, l'ovaire est réduit à une sorte de coque.

Les suites opératoires ont été excellentes : la cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour la malade se lève et sort de l'hôpital complètement guérie le 3 novembre. Revue depuis, la malade est en parfaite santé.

Observation VII (résumée).

Infection blennorrhagique probable; double pyo-salpinx; ovaires scléro-kystiques.

M..., 17 ans, entrée le 8 octobre. Réglée à 13 ans. Régulièrement, mais depuis la deuxième menstruation, règles douloureuses. Les douleurs durent quatre à cinq heures et apparaissent le deuxième jour.

Ces douleurs ont disparu depuis un an à la suite des rapports. Pertes blanches abondantes. Syphilis au mois d'avril 1890.

Il y a environ six semaines les douleurs ont réapparu : elles sont très violentes d'un côté, douleurs s'irradiant dans les reins, difficulté pour aller à la selle.

Examen. Le col présente deux encoches quoique la malade prétende n'avoir eu ni conches ni fausses couches.

Dans le cul-de-sac latéral gauche et postérieur, tumeur dure très douloureuse, adhérant à la face postérieure de l'utérus. Cul-de-sac latéral droit : libre.

Impossible de déterminer la direction de l'utérus par la palpation bimanuelle. Au cathéther on trouve qu'il est dirigé à droite et en arrière.

Diagnostic — Péri-métro-salpingite autour de pyosalpinx probable.

Opération le 19 octobre. Sans incident.

Examen des pièces. — Double pyosalpinx avec épaississement considérable des parois de la trompe au niveau de la partie utérine. Soudure du pavillon à l'ovaire cirrhotique.

Du côté gauche le pédicule est épais et friable et contient du pus concret dans un des replis de la trompe.

La cavité principale est oblitérée au-dessus du pédicule et contient un pus séreux et sanguinolent.

Le pavillon est oblitéré au niveau de l'ovaire qui est adhérent.

Côté droit. — Trompe moins épaissie mais contenant du pus séreux verdâtre.

L'ovaire très altéré est criblé de kystes hémorrhagiques, (maladie kystique). Suites opératoires excellentes, réunion par première intention.

Observation VIII.

Infection blennorrhagique; vaginite, uréthrite; propagation de l'infection aux trompes; poussée péritonitique coïncidant avec les règles; péri-métro-salpingite aiguë; pyosalpinx droit; salpingite parenchymateuse gauche; ovaires scléro-kystiques.

D..., Jul..., 28 ans, entrée à Fracastor au mois de décembre 1890, le 14, parce qu'elle a des pertes blanches et qu'elle souffre du ventre. Son histoire générale est très simple. Aucun antécédent jusqu'au mois de novembre 1890. A ce moment elle contracte une blennorrhagie qu'elle soigne très mal, le 4 décembre ses règles viennent très abondantes et très douloureuses. Le mois qui précède elle n'avait pas eu ses règles et attribuait cette aménorrhée aux pertes blanches qui avaient commencé à ce moment. Le 4 décembre, lorsque ses règles débutèrent, elle fut prise de très violentes douleurs dans le bas ventre qui l'obligèrent à garder le lit.

Aussitôt après que son époque fut terminée, elle voulut reprendre son travail mais le soir du premier jour le 10 décembre, elle fut forcée de s'aliter de rechef et se décide à entrer à Lourcine; elle fut d'abord traitée à la salle Fracastor comme atteinte de vaginite, d'uréthrite d'origine blennorrhagique.

Lorsque l'écoulement purulent du vagin eut diminué et qu'il fut possible de toucher la malade, l'interne de la salle, M. Petit, constata que l'utérus était immobilisé au milieu d'une véritable masse inflammatoire où il était difficile de distinguer les lésions des annexes.

Malgré un traitement approprié qui soulagea la malade, malgré les règles qui vinrent normalement le 3 janvier, les douleurs persistèrent assez intenses pour engager Petit à

montrer la malade à M. Pozzi. Elle passa à Pascal le 10 janvier, fut examinée par M. Picque, suppléant alors M. Pozzi. A ce premier examen, M. Picqué porta le diagnostic de pyosalpinx droit et de salpingite chronique gauche.

Le 25 janvier, la malade fut examinée par M. Pozzi, qui confirma le diagnostic porté antérieurement et décida l'intervention.

Laparatomie le 29 janvier suivant les règles ordinaires. Grandes difficultés pour extraire les annexes droites qui sont fusionnées avec des adhérences résistantes et qui occupent le cul-de-sac postérieur. A gauche la tumeur salpingienne plus petite, est extraite plus facilement.

On laisse une mèche dans l'angle inférieure de la plaie que l'on suture comme d'habitude.

L'examen des pièces confirme le diagnostic, à droite la trompe est oblitérée dans son tiers interne, dilatée et formant poche dans ses 2/3 externes. Le pavillon est détruit, l'ovaire forme paroi avec la poche et est lui-même transformé en un véritable abcès; la poche ouverte laisse échapper une cuillerée à soupe de pus crémeux, à gauche, lésion de salpingite parenchymateuse, ovaire kystique.

Les suites de l'opération furent des plus simples, la plaie guérit par première intention et la malade quitte Pascal le 21 février, 23 jours après l'opération, en parfaite santé, elle n'a pas été revue depuis.

Observation IX (résumée).

Blennorrhagie; vaginite, métrite et salpingite; périmétro-salpingite séreuse; pyosalpinx droit; salpingite parenchymateuse gauche; ovaires scléro-kystique.

Joséphine H..., 32 ans, lit n° 17, Pascal A.

Pas d'antécédents.

Histoire génitale. — Réglée à 14 ans, toujours bien régulièrement, n'a eu ni accouchement, ni fausse couche. Souffre dans le bas-ventre depuis l'âge de 20 ans, se marie à 22 ans, continue à souffrir et surtout au moment de ses époques, jamais en dehors. Il y a deux mois cette malade commence à perdre en blanc, et il y a six semaines brusquement, en dehors de son époque, elle est prise d'une violente douleur de la fosse iliaque droite.

Voyant que son état s'aggrave elle se décide à entrer à Pascal le 2 janvier, trois jours, dit-elle, avant le moment où ses règles doivent venir.

Les époques apparaissent le 6 janvier, s'accompagnent de vraies tranchées utérines. La palpation de l'abdomen révèle une douleur très vive dans la fosse iliaque.

Le 10 janvier, la malade ayant fini son époque est examinée par M. Picqué qui constate une salpingite double fluctuante et porte le diagnostic de pyosalpinx probablement bilatéral.

Nouvel examen pratiqué le 24 janvier par M. Pozzi. Notre maître confirme le diagnostic précédent, mais à cause des douleurs très vives de la malade à droite, il se demande si l'appendice iléo-cæcal n'est pas également malade. Toutefois le petit volume de l'utérus, qui mesure 5 1/2, la stérilité de cette femme permet de soupçonner des lésions bacillaires, qu'elles touchent ou non à l'intestin.

Opération le 26 janvier.

Adhérences excessives, la trompe du côté droit et l'ovaire ne forment qu'une seule tumeur très volumineuse, grosseur d'une orange et intimement unie au pelvis; l'appendice amené à l'extérieur est sain. Dans les manœuvres de décorticaton, M. Pozzi rompt une poche fluctuante et constate qu'il *s'agissait* de péri-métro-salpingite séreuse. La trompe est extraite et liée près de la corne.

A gauche, mêmes lésions, mais moins grosses.

Examen des pièces. — La trompe droite était beaucoup plus grosse à l'intérieur de l'abdomen qu'elle ne l'est sur la table d'opération. La poche séreuse faisant corps avec elle explique cette différence. Néanmoins la trompe offre encore des dimensions respectables et présente l'aspect d'un pouce d'adulte. A la coupe, grande épaisseur des parois, oblitération de l'orifice utérin. A l'union du 1/3 externe et des 2/3 internes, dilatation et amincissement de la trompe qui renferme une cuillerée à café de pus granuleux. L'ovaire est semé de petits kystes. A gauche mêmes lésions moins avancées. Il n'y a pas de pus enkysté mais la muqueuse tubaire est épaissie, bourgeonnante et sanguinolente, ovaire kystique.

Le ventre est refermé sans incidents, suites opératoires normales, réunion par première intention. La malade quitte Pascal le 19 février, guérie, n'a pas été revue depuis.

Si, au point de vue microbien, la preuve fait défaut de la nature vénérienne ou blennorrhagique des exsudats péritonéaux et des lésions des annexes consécutifs à l'infection gonorrhéique, il n'en est pas moins vrai que cliniquement on peut et on doit distinguer une périmétro-salpingite ou pelvi-péritonite blennorrhagique, de même que l'on doit reconnaître une salpingite et une ovarite de même nature. Nous avons résumé dans un numéro précédent, à l'occasion de l'observation V, les conclusions de notre thèse (voir *Gazette médicale*, n° 22, 28 mai 1892, pages 254 et 255). Nous n'y reviendrons pas. Nous voulons seulement insister sur ce fait, à savoir que sur les 15 cas de pyosalpinx qui composent la série que nous publions ici 5 observations sont des types absolument purs d'infection blennorrhagique et 4 des exemples d'infection mixte, soit au total 9. Sur 15 un peu moins des deux tiers sont en totalité ou en partie tributaires de la blennorrhagie. Les statistiques de Noggerath, le travail de Sänger montrent des proportions encore plus grandes et quoique l'interprétation des faits cliniques varie avec les auteurs il nous parait démontré aujourd'hui que sur 100 femmes présentant des lésions des annexes et du péritoine pelvien 66 à 70 sont des victimes de la contamination gonococcique. Il y a là un fait sur lequel les gynécologistes sont d'accord parce qu'ils ont vu, palpé et apprécié tous les méfaits de la blennorrhagie, mais en revanche un grand nombre de médecins considèrent comme des accidents de peu d'importance les métrites et les vaginites de la lune de miel; beaucoup ont constaté la fréquence des avortements dans les premiers temps du mariage et ont expliqué cette fréquence par les traumatismes, les fatigues du voyage de noce, etc. De même pour la stérilité qui exerce ses ravages d'une façon désastreuse pour l'accroissement de notre population. Eh bien, nous croyons pour notre part que si la blennorrhagie de la femme était mieux connue, si pour des raisons extrinsèques les deux conjoints n'avaient souvent pour habitude de traiter comme des incidents infimes les pertes blanches, la vaginite, etc..., qui succèdent aux premiers rapports, on pourrait alors assister, comme nous l'avons fait à Lourcine, à l'évolution presque fatale des lésions tubaires et péri-tubaires, utérines et péri-utérine qui sont la conséquence forcée de l'infection des voies génitales inférieures par

un gonocoque, qui pour être conjugal et légitime n'en est pas moins virulent et contagieux.

La bilatéralité des lésions blennorrhagiques est encore une cause de la stérilité. L'infection gagne de proche en proche de muqueuse à muqueuse et l'on peut assurer que moins le vagin et l'utérus sont pris, plus sûrement la trompe et le péritoine qui tapisse le pavillon sont à leur tour infectés parce qu'en effet, il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit dans la syphilis. Moins une vérole est grave et moins elle est soignée et plus sûrement les accidents tertiaires se produisent. De même, si une jeune femme est atteinte d'une vaginite intense, les troubles fonctionnels qu'elle éprouvera, les douleurs la forceront à consulter un médecin tandis que si, au contraire, grâce à des soins de propreté vulgaire ou à des conditions spéciales de la contamination la vaginite est légère, on la négligera; l'utérus se prendra alors avec la même bénignité, l'écoulement sera peut-être un peu plus abondant, un peu plus épais, mais comme les douleurs sont très légères ou même absentes, c'est à peine si l'on consentira à suivre un traitement ou à subir un examen. Dans ce dernier cas un médecin non prévenu ignorera l'étiologie de la métrite ou s'il la soupçonne bien souvent il se contentera d'un traitement anodin et ne fera aucune prophylaxie et c'est alors que la muqueuse tubaire s'infectera d'un côté d'abord puis de l'autre. Cette succession dans les phénomènes peut se faire en plusieurs étapes. Chaque époque menstruelle donnera le coup de fouet jusqu'au jour où le péritoine péri-salpingien se prenant à son tour déterminera un accès plus ou moins violent de pelvipéritonite et révélera d'un seul coup le danger et le mal. L'intérêt d'un diagnostic précoce est donc ici très grand. De même qu'à la suite d'un accouchement ou d'un avortement septiques alors qu'il y a un peu de fièvre, de l'involution incomplète de la matrice, etc., de même que dans ces cas nous avons préconisé une intervention qui peut paraître hardie et superflue à beaucoup et qui ne semble indiquée à d'autres que s'il y a infection puerpérale grave, nous voulons parler de curettage précoce de la cavité utérine dans l'infection puerpérale même légère; de même dans la blennorrhagie de la femme nous insistons sur la nécessité d'un traitement énergique et prophylactique destiné à empêcher la propagation de l'infection aux organes essentiels de la fécondation. Par un curettage précoce comme nous l'avons dit (*Archives de médecine* 1891, numero de juin), on sert mieux les intérêts de la malade que par tout autre moyen moins radical et par suite moins efficace. C'est en faisant cette petite opération qu'on supprime radicalement un foyer d'infection même légère, c'est ainsi qu'on empêche la métrite puerpérale, le phlegmon péri-utérin, le pyosalpinx puerpéral, l'abcès pelvien, etc., ou encore, sans aller si loin, la métrite hémorrhagique, la déviation de l'utérus, etc. De même en guérissant rapidement la vaginite ou la métrite soit par les pansements antiseptiques soit par des injections intra-utérines de teinture d'iode, ou par des dilatations de l'utérus avec traitement intra-utérin, on arrive à empêcher la trompe d'être infectée, le péritoine pelvien de s'enflammer, les adhérences excessives de se produire avec leur cortège de douleurs, avec les déviations de l'utérus ou encore des salpingites suppurées, la périmétro-salpingite, etc., en un mot toutes les complications utérines ou péri-utérines, salpingiennes ou péri-salpingiennes qui accompagnent l'infection de l'utérus et des annexes. (*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE

L'HYPERTROPHIE CARDIAQUE DE CROISSANCE

Il y a quelques années, le professeur G. Sée a attiré l'attention sur une certaine catégorie de troubles cardiaques qui, d'après lui, se rencontreraient assez souvent chez les adultes à l'époque de la croissance, c'est-à-dire dans cette période de la vie qui s'étend approximativement de la quinzième année à la vingtième. Ces troubles seraient caractérisés, au dire du savant professeur, par des phénomènes d'excitation de l'organe central de la circulation, par une sorte d'éréthisme aisément reconnaissable. On constaterait en même temps des symptômes éloignés principalement d'ordre céphalique (céphalée, vertiges, etc.). M. Sée a cru pouvoir attribuer ces phénomènes anormaux à une véritable hypertrophie du cœur, qu'il n'hésitait pas à mettre sur le compte de la croissance, mais d'une croissance irrégulière, dans laquelle il y aurait disproportion entre le développement général du corps et celui de l'organe actif de la circulation. Un certain nombre d'observations favorables à cette interprétation avaient été recueillies chez des jeunes gens convoqués devant les conseils de révision, et soumis par conséquent à un examen sévère et rigoureux. Entre autres particularités, on pouvait constater que chez ces individus l'auscultation ne révélait l'existence d'aucun bruit pathologique valvulaire au niveau de la région précordiale. D'ailleurs on ne retrouvait dans leurs antécédents aucune circonstance pouvant servir de présomption en faveur d'une endocardite antérieure, et cette remarque rapprochée de la constatation précédente, pouvait autoriser en effet dans une certaine mesure le diagnostic d'hypertrophie simple, *sine materiâ*, purement fonctionnelle. La théorie ainsi édifiée trouva un accueil assez favorable, et ultérieurement elle a été appuyée par différents observateurs, parmi lesquels un médecin justement estimé en matière de pathologie infantile, M. le Dr Blache, qui a rédigé sur ce sujet un mémoire publié par la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (1891). On trouve dans ce mémoire un exposé assez complet de la question.

En ce qui concerne l'existence de l'hypertrophie du cœur sans lésion chez les enfants et chez les adolescents, M. Blache se prononce très nettement pour l'affirmative. Une pratique de plus de vingt années aurait confirmé pour lui jusqu'à l'évidence la réalité d'un fait qu'il n'avait d'abord admis qu'avec réserve, mais qui s'est élevé progressivement dans son esprit jusqu'au rang de certitude. Il faut remarquer cependant que l'honorable observateur met ici la dilatation sur le même rang que l'hypertrophie, au point de vue de la fréquence. Or il y a là une distinction importante à faire, eu égard aux objections qui pourraient être soulevées, car l'ectasie, simple dilatation des cavités, diffère singulièrement de l'hypertrophie vraie et ne relève pas, tant s'en faut, des mêmes causes et de la même interprétation. Pourtant, M. Blache assigne à l'un et à l'autre état une symptomatologie commune, dans laquelle on retrouve comme faits principaux, d'une part, l'existence d'une tachycardie habituelle caractérisée par des palpitations fréquentes, pénibles, parfois douloureuses, d'autre part, celle d'un état dyspnéique qui se manifeste et s'exagère surtout à l'occasion des exercices corporels et des fatigues. Chez certains sujets, on noterait aussi concurremment des phénomènes d'ordre cérébral, par exemple, une céphalée tantôt localisée à une région déterminée et notamment à la

région frontale, tantôt diffuse et affectant alors de préférence la forme d'une compression péri-cranienne avec élancements douloureux. Ces phénomènes d'ordre encéphalique seraient d'après M. Blache, le résultat éloigné de modifications circulatoires produites par le trouble fonctionnel du moteur central, leur apparition étant alors favorisée par la susceptibilité particulière des centres nerveux à cette époque de l'existence. Telle est, dans son ensemble, la description des phénomènes que M. Blache a constatés et qu'il met sans hésiter sur le compte de l'hypertrophie.

L'examen du cœur, en effet, semble de prime abord donner raison à cette dernière interprétation. M. Blache note d'abord l'augmentation de volume du cœur, principalement dans le sens vertical, démontrée par la percussion. La pointe est notablement abaissée, et descend parfois jusqu'au 7e espace intercostal. L'auscultation fournit habituellement des résultats négatifs : tontefois l'existence d'un bruit de souffle ne serait pas absolument exceptionnelle. On note de plus une arythmie assez marquée, facile à reconnaître par l'oreille ou par l'exploration de la radiale. Voilà en quoi se résument les signes fournis par l'examen local du cœur. Or c'est avec cette symptomatologie très limitée que l'on a édifié la théorie de l'hypertrophie essentielle des adolescents. On voit qu'il s'agit là surtout d'affirmations dont l'analyse attentive fournit matière à de multiples objections.

D'abord, on est en droit de se demander s'il s'agissait d'une véritable hypertrophie dans les faits qui ont servi de point de départ à la théorie. Les observations rapportées n'ont peut-être pas été recueillies avec une rigueur suffisante. Il est présumable, par exemple, que dans un certain nombre de cas il s'agissait plutôt d'une simple dilatation des cavités, sans épaississement véritable des parois. Le fait de l'abaissement de la pointe et celui de l'élargissement de la matité précordiale, sur lesquels M. Blache insiste, pourraient être légitimement interprétés dans ce sens. Quant aux phénomènes liés directement à la soi-disant hypertrophie, comme le choc exagéré et le retentissement des bruits du cœur, ils peuvent s'expliquer aussi bien par l'existence d'un certain degré d'éréthisme cardiaque, état fréquent chez les enfants, chez les adolescents et chez les jeunes gens. On pourrait faire intervenir ici, avec grande apparence de raison, toutes les circonstances qui sont capables de modifier les rapports du cœur et du système nerveux dans le sens de surexcitation : par exemple, les émotions morales, si vives et si profondément ressenties pendant la jeunesse, puis l'influence des exercices physiques répétés et violents, ou bien celle de quelques habitudes vicieuses, généralement inavouées (onanisme) qui impriment de vives secousses aux centres nerveux. Les phénomènes d'éréthisme ainsi créés peuvent induire le médecin en erreur et lui faire admettre une hypertrophie cardiaque qui n'existe pas. On peut faire les mêmes réflexions au sujet des phénomènes d'ordre encéphalique, tels que la lourdeur de tête, la sensation de constriction péri-cranienne, la céphalée. Ce sont là des troubles assez fréquents pendant la période de croissance, et on les explique sans peine par la contention d'esprit habituelle et par le surmenage intellectuel inhérent à l'accomplissement de programmes scolaires trop chargés. Il n'est pas besoin, pour les expliquer, de faire intervenir une hypertrophie cardiaque hypothétique, dont l'influence serait encore discutable, alors même qu'elle existerait réellement. Il nous semble donc qu'il n'y a pas de comparaison possible à établir entre ce cas particulier, et celui des individus atteints d'hypertrophie véritable, telle qu'elle s'observe chez les sujets atteints d'insuffisance aortique ancienne, et observés en pleine période de compensation.

Si l'on se place au point de vue plus général de la physiologie, on y trouve également matière à de sérieuses objections. En effet, si l'affirmation ci-dessus visée était exacte, la loi fondamentale du développement des êtres vivants serait nécessairement mise en défaut, car cette loi nous a montré jusqu'à présent l'accroissement des viscères et des tissus se faisant d'une manière uniforme et parallèle chez chaque individu, depuis la naissance jusqu'à l'achèvement définitif de la période de croissance, en vertu d'une sorte d'harmonie préétablie et de solidarité qui n'admettent guère d'exception. L'évolution du cœur, en particulier, doit suivre rigoureusement celle des autres organes et ne saurait la dépasser, à moins qu'il n'intervienne une circonstance pathologique (lésion valvulaire) d'ordre purement éventuel. On pourrait, il est vrai, invoquer l'action d'un fonctionnement excessif comme celui qui résulte des exercices physiques exagérés si souvent pratiqués par les jeunes gens. Mais on sait depuis longtemps que pareille cause ne suffit pas à produire la véritable hypertrophie. L'agrandissement des cavités cardiaques, souvent constaté à la suite de surmenage corporel et de fatigues excessives, n'est en réalité que de la dilatation plus ou moins passagère. Et de fait, c'est plutôt ce dernier état que l'on observe chez les individus employés aux travaux les plus rudes, ou bien chez les coureurs de profession, les gymnastes, etc. Chez ces individus le cœur est susceptible de faiblir et de se dilater momentanément, pour revenir à son état primitif par le repos et un régime approprié. On pourrait présenter encore d'autres considérations du même genre pour arriver à conclure finalement que l'hypertrophie *essentielle*, c'est-à-dire l'hypertrophie sans lésion intra-cardiaque ou artérielle, n'existe point et même ne saurait exister.

Cette conclusion, toute négative, a d'ailleurs été formulée déjà par d'autres que par nous lors de la discussion provoquée par la théorie de M. G. Sée. Un de nos collègues des hôpitaux, M. le Dr Comby, qui a exposé récemment cette question dans une leçon clinique, s'est prononcé à peu près dans le même sens. A l'opinion de M. Sée, notre confrère oppose celle de M. G. Paul qui s'est livré à des mensurations répétées et précises sur de jeunes sujets, et qui affirme n'avoir jamais constaté l'hypertrophie véritable, tout au plus des dilatations légères et temporaires. Lui-même insiste avec raison sur cette remarque, à savoir que les sujets en question sont le plus souvent des individus entachés de nervosisme, héréditaire ou acquis, et comme tels exposés à toutes sortes de troubles, purement nerveux, parmi lesquels se placent au premier rang, par ordre de fréquence : la tachycardie et les palpitations, la céphalée, l'apathie intellectuelle, les douleurs vagues des membres. Cette influence du nervosisme est donc très considérable et, en tous cas, elle suffit à tout expliquer, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une dystrophie cardiaque purement hypothétique. Telle est, sauf erreur de notre part, la conclusion générale qui se dégage de l'étude de M. Comby et que nous enregistrons précieusement pour montrer qu'elle vient absolument à l'appui de celle que nous avons fait entrevoir plus haut.

Ceci ne veut pas dire d'ailleurs que le rôle du médecin sera ici à peu près nul, et que la thérapeutique devra se désin-

téresser de cet état de choses sous prétexte qu'il est destiné à disparaître un jour spontanément. Ce serait aller un pen loin et on doit admetre, au contraire, que dans certaines circonstances elle pent intervenir utilement : par exemple, dans le cas de dilatation passagère dne à du surmenage, à des fatigues exagérées. L'usage des médicaments régulateurs de l'action du cœur, digitale, strophantus, caféine, serait dans ce cas très légitimement indiqué, ainsi que l'ont montré MM. G. Sée et Blache. On serait fondé, dans une certaine mesure, à imiter leur exemple, sans que cette pratique impliquât nne adhésion quelconque, même temporaire, à la théorie qne nons venons d'exposer dans son ensemble, pour la discnter sérieusement et finalement la rejeter.

P. MUSELIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — L'OXYCHINASEPTOL OU DIAPHTÉRINE, UN NOUVEL ANTISEPTIQUE, par le prof. R. EMMERICH. (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 19, p. 325.)

II. — L'OXYCHINASEPTOL DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE, par le Dr KRONACHER. (*Ibidem*, p. 328.)

I. Le nom d'oxychinaseptol ou diaphtérine a été donné par le prof. Emmerich, de Munich, à un nouvel antiseptique, produit de la combinaison de l'oxychinoline (deux molécules) et de l'acide phénol-sulfonique. Le groupement moléculaire du nouveau produit est représenté par M. Emmerich de la façon suivante :

```
        CH  CH                  CH  CH
          C                       C
    HC  /   \  CH           HC  /   \  CH
    HC  \   /  CH           HC  \   /  CH
          C                       C
    C   AzH                 AzH       C
    |      \                 |        |
    OH      \                |        OH
          (SO²)              |
             |              O
             C            /
        HC      C ------
        HC      CH
            CH
```

On voit donc que ce corps renferme dans une de ses molécules 2 atomes d'azote et 3 groupes hydroxyles (OH), c'est-à-dire en tout 5 groupes atomiques susceptibles de lni conférer des propriétés antiseptiques.

D'autre part, les notions acquises jusqu'ici sur les rapports de la composition chimique et de l'action parasiticide des antiseptiques du groupe phénol nous apprennent que par l'entrée d'un groupe latéral dans le noyau benzolique d'un phénol, l'action antiseptique de ce dernier est accrue en même temps que son action caustique est diminuée.

C'est en se fondant sur des considérations de cette nature, que M. Emmerich a entrevu dans l'oxychinaseptol un corps doué de propriétés bactéricides très énergiques. Les recherches bactériologiques qu'il a faites pour vérifier ces prévisions ont donné des résultats très concluants, qui peuvent se résumer dans ces quelques lignes :

Le staphylocoque doré est tué par nne solution d'oxychinaseptol à 0,3 0/0, après une demi-heure de contact, tandis que des solntions de phénol et de lysol, d'un égal degré de concentration, ne penvent donner ce résultat.

Tandis qu'une solution de phénol ou de lysol à 0 gr. 2 0/0 n'enraye pas le développement du *bacillus pyocyaneus* après trois-quarts d'heure de contact, ce résultat étant obtenu avec nne solution d'oxychinaseptol à 0,1 0/0.

Le bacille en virgule du choléra a été anéanti après une durée de contact de dix minutes, avec une solution d'oxychinaseptol à 0,1 0/0, tandis que avec nne solntion de lysol à 0,1 0/0, ce même résnltat n'a été obtenu qu'après nne durée de contact de trois quarts d'heure.

De même il a fallu an plus dix minutes pour tuer le bacille de la diphtérie et d'autres bactéries pathogènes, avec des solutions d'oxychinaseptol à 0,2 0/0.

M. Emmerich conclnt des résultats de ses recherches, qu'en égard à son action bactéricide, l'oxychinaseptol égale ou surpasse les antiseptiques les plus puissants tels que le phénol, le lysol, le crésol.

D'autre part, tout en contestant l'exactitude de la plus grande partie de ce qu'on a avancé jusqu'ici concernant l'action des antiseptiques sur les spores, M. Emmerich affirme que l'action de l'oxychinaseptol sur les spores fraîches est plns énergique qne celle de la plupart des autres antiseptiques.

Enfin l'oxychinaseptol paraît être d'une très grande innocuité. Des cobayes de taille moyenne ont parfaitement bien supporté des injections sous-cutanées de 5 cc. d'une solution d'oxychinaseptol à 5 0/0 et de 15 cc. d'une solution d'oxychinaseptol à 1 0/0. Or pour les besoins de la pratique chirurgicale, des solutions à 1 0/0 suffisent largement.

II. — La valeur pratique du nouvel antiseptiqne a été étudiée par M. Kronacher. L'oxychinaseptol a été employé sous forme de solutions à 1/2-2 0/0, pour la désinfection des mains et des instruments et ponr le pansement des plaies, dans des circonstances très diverses. Dans leur ensemble, les résultats ont été excellents, tels qu'on est en droit de les attendre d'un antiseptique de bonne qualité. L'oxychinaseptol n'irrite pas les plaies et les parties avoisinantes ; tout au plus son contact avec les surfaces à vif détermine-t-il une sensation très passagère de brûlure. Les plaies et les téguments ne sont pas colorés par le nouvel antiseptique, sauf dans le cas où il est nécessaire d'introduire un instrument dans une plaie anfractueuse, dans un trajet fistuleux. On voit alors se former des dépôts noirâtres, mais qui sont tout à fait inoffensifs. L'oxychinaseptol est dépourvue de toute action caustique, son emploi n'a jamais occasionné d'éruption eczémateuse.

Les coagulations à la surface des plaies s'observent plus rarement qu'avec les autres antiseptiques. L'oxychinaseptol a en outre l'avantage de pénétrer très rapidement dans les couches profondes des tissus. Enfin dans les cas où l'emploi de cet antiseptique s'est prolongé pendant un temps assez long, par exemple à la suite de l'amputation d'un sein cancéreux, il n'en est résulté aucun inconvénient imputable à une intoxication, ni aucun désagrément pour les opérés. Il semble d'aillenrs que dans les cas d'ulcères des membres inférieurs l'oxychinaseptol est doué d'une action en quelqne sorte spécifique.

Le seul inconvénient qu'on ait trouvé à l'oxychinaseptol, c'est qu'à la surface des instruments mal nickelés il forme des dépôts noirâtres.

Mais ce léger inconvénient ne saurait porter atteinte aux avantages qui résultent de l'emploi du nonvel antiseptique et qu'on peut récapituler ainsi : puissante action parasiticide ; toxicité très faible ; pas d'irritation exercée snr les tissus

avec lesquels l'oxychinaseptol vient en contact; les solutions du nouveau produit ne perdent rien de leur action antiseptique par évaporation, l'oxychinaseptol n'étant pas volatil. Enfin l'oxychinaseptol, corps bien défini, est très soluble dans l'eau, et ses solutions sont parfaitement limpides.

On trouve l'oxychinaseptol dans le commerce sous forme de poudre et de pastilles.

E. RICKLIN.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Suite et fin.)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine.

M. NANU (Bucharest). — L'auteur a expérimenté ce traitement dans vingt-cinq cas de tumeurs malignes, épithélium et carcinome, siégeant à la face, à la région parotidienne, à l'utérus, etc.

Dans ces différents cas, il s'est servi de la solution aqueuse de pyoctanine à 1/100, en injections interstitielles, dont il employait une dose variant entre cinq et douze grammes. Ce traitement, qui doit être continué une ou plusieurs semaines, suivant les circonstances, ne donne lieu à aucun accident et comme résultat; il a noté tantôt une amélioration consistant dans la diminution des douleurs et la disparition de la suppuration ou de la fétidité des accidents (cancer utérin), tantôt dans une guérison complète qu'il a observée sur les malades.

Cette guérison se produit par l'élimination des tissus malades à la suite très probablement de la thrombose que provoque l'injection. Il est à remarquer que la pyoctanine a sur les caustiques cet avantage de n'agir que sur le néoplasme luimême, dont il détermine la nécrobiose, en respectant absolument les tissus sains du voisinage.

Traitement du cancer par l'électro-puncture voltaïque.

M. L. DANION (Paris). — Ce traitement consiste à enfoncer, à la profondeur de 4 à 5 centimètres, une ou plusieurs aiguilles dans les tumeurs et à faire passer un courant continu variant de 15 à 20 m. a. à 70 et 80 m. a. pendant quinze à trente minutes; l'action semble beaucoup plus énergique lorsque le courant est renversé une ou plusieurs fois au cours de la séance.

Un malade a vu ses douleurs disparaître et sa tumeur (carcinome du sein) s'arrêter complètement à dater du jour où elle a été traitée électriquement. Le traitement a été commencé il y a trois ans. L'auteur a pratiqué depuis, à de très longs intervalles, quelques galvano-punctures à titre plutôt préventif.

M. TACHARD (Vannes) attire l'attention du congrès sur ce point, que dans le traitement de l'empyème, le siphon exerçant une succion continue sur le pus, n'est pas une méthode étrangère et il prouve, en appuyant son assertion par des textes et par des dates précises, que cette méthode a été préconisée par lui, à la *Société de chirurgie*, le 27 janvier 1875.

M. LAVAUX (Paris). 1º *Résultats éloignés de la divulsion progressive.* — Les résultats éloignés, comme les résultats immédiats de la divulsion progressive, prouvent que c'est l'opération de choix dans le traitement des rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation.

2º *Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse.* — Chez les malades atteints de cystite tuberculeuse, on peut faire disparaître la douleur et l'irritabilité vésicale sans recourir au sublimé. Dans la grande majorité des cas, il suffit, pour obtenir ce résultat, de faire l'anesthésie directe de la muqueuse urétro-vésicale et de pratiquer des lavages de la vessie sans sonde avec la solution saturée et bouillie d'acide borique.

M. LEDIBERDER (Lorient) préconise l'usage des applications de cocaïne (solution à 2 ou 3 0/0) dans les cas de métrite postpuerpérale que l'on se propose de traiter par les injections de teinture d'iode. C'est un bon moyen de prévenir les douleurs que causent ces injections.

BULLETIN

LA VACCINATION TUBERCULEUSE SUR LE CHIEN. — LA CONTAGIOSITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'APPENDICITE.

— M. A. Richet vient de communiquer à la Société de biologie une nouvelle série d'expériences relatives aux effets de la vaccination anti-tuberculeuse sur l'organisme du chien. Il s'agissait surtout de déterminer l'influence que peut exercer l'inoculation de produits tuberculeux d'origine aviaire comme moyen de préservation vis-à-vis des inoculations de tuberculose humaine. Le résultat de ces recherches est d'ores et déjà fort encourageant, puisque, sur un nombre total de 12 chiens traités, les 8 animaux soumis à l'inoculation aviaire ont parfaitement résisté et ont conservé toutes les marques d'une santé excellente, tandis que les 4 chiens *témoins*, qui n'avaient reçu que les inoculations de produits humains, ont succombé rapidement à une infection bacillaire généralisée. Un résultat semblable avait été déjà constaté à la suite de précédentes expériences, dans lesquelles 21 chiens avaient subi l'inoculation de tuberculose humaine, *non précédée* de l'inoculation d'origine aviaire. Ces 21 chiens périrent successivement, dans un délai très court qui, pour aucun d'eux, n'excéda trois semaines, quel que fût d'ailleurs le traitement curatif mis en œuvre pour enrayer ou retarder la marche de la maladie. Ces expériences tendent donc à prouver que la tuberculose des oiseaux possède un véritable pouvoir vaccinateur vis-à-vis de la tuberculose de l'homme. Il reste maintenant à transporter cette notion dans le domaine de la pathologie humaine. Aucune tentative n'a encore été instituée dans ce sens, mais on doit reconnaître qu'il y a dans les faits précédents un encouragement positif à entrer dans une voie pleine de promesses, et au bout de laquelle on trouvera peut-être la solution du plus grave des problèmes thérapeutiques et sociaux.

— L'érysipèle est-il réellement une maladie contagieuse, et doit-on, par conséquent, imposer l'isolement à tous ceux qui en sont atteints? Cette question étonnera beaucoup de médecins, dont la réponse sera immédiatement affirmative. Il s'en faut pourtant qu'elle soit définitivement résolue, ainsi qu'on peut le constater d'après la diversité des opinions exprimées l'autre jour devant la Société médicale des hôpitaux. M. Guyot est venu exposer des faits qui tendent précisément à mettre en doute cette contagiosité, si longtemps acceptée comme un dogme hors de contestation. Il est vrai que le savant médecin de Beaujon ne s'est pas cru autorisé pour cela à formuler

une conclusion tout à fait négative, et qu'il a déclaré vouloir quand même rester fidèle à la doctrine traditionnelle : mais le doute est maintenant semé dans les esprits, et le problème se trouve posé à nouveau d'une manière précise. La question importante est de savoir si, sous ce prétexte d'incertitude, nous devons nous départir des mesures de prudence usitées jusqu'à présent, et si nous pouvons nous relâcher de la sévérité habituelle dans la prescription de l'isolement. La réponse ne paraît pas douteuse et nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, il sera d'une élémentaire prudence de maintenir les vieux errements, tout en reconnaissant avec M. Rendu, que le pouvoir contagieux de l'érysipèle est sensiblement inférieur à celui de quelques autres maladies infectieuses, comme la rougeole, la scarlatine, la coqueluche. C'est la véritable conclusion pratique à tirer d'un débat qui ne comporte guère actuellement de solution nette, et vis-à-vis duquel chacun se retranche de préférence derrière les enseignements de son expérience clinique personnelle. Or la simple observation des faits a trop souvent prouvé la propagation de la maladie à l'entourage, pour qu'il n'y ait pas danger à supprimer désormais les barrières prophylactiques dont la défiance de nos prédécesseurs se plaisait à l'entourer. Telle est du reste encore, à l'heure actuelle, la pratique de la plupart des médecins, et tout porte à croire qu'elle est parfaitement justifiée.

— Le traitement chirurgical des inflammations péri-cæcales et en particulier celui de l'appendicite ont été discutés maintes fois dans ces derniers temps, les cas d'intervention se sont multipliés, mais la question des indications et contre-indications opératoires ne nous semble pas avoir progressé proportionnellement. Il y a toujours doute sur l'opportunité de l'intervention et sur le choix du moment où celle-ci doit être réalisée. Le débat qui a eu lieu à la dernière séance de la Société de chirurgie a montré, une fois de plus le désaccord, de nos collègues sur cette question, une des plus importantes de la pratique journalière, car elle se rattache étroitement à la connaissance d'une catégorie d'inflammations dont l'histoire présente encore bien des lacunes et bien des obscurités. Il nous a semblé pourtant que de ce conflit d'opinions diverses, une vérité se dégageait, incontestable : c'est que l'intervention opératoire, pour être réellement efficace, doit avoir lieu de très bonne heure, presque dès l'apparition des premiers accidents. C'est pour avoir méconnu cette vérité et pour avoir temporisé trop longtemps, que médecins et chirurgiens ont perdu nombre de malades chez lesquels au premier abord le pronostic paraissait assez favorable. Malheureusement la mise en pratique de ce précepte suppose nécessairement un diagnostic exact, précis, que nous ne sommes guère en mesure de fournir dans l'état présent de nos connaissances concernant la symptomatologie de certaines phlegmasies abdominales. Presque toujours, durant les premières heures, la confusion s'établit dans l'esprit du médecin qui ne peut déterminer sûrement s'il a affaire à une occlusion intestinale, à une péritonite, ou bien à une affection plus localisée et plus bénigne. Les chirurgiens ne sauraient à eux seuls résoudre ce difficile problème qui exige une expérience clinique consommée. D'où l'on peut conclure que les *desiderata* signalés par eux dureront encore longtemps, ce qui ne veut pas dire toujours, attendu que les questions les plus difficiles finissent nécessairement par trouver leur solution, sous l'effort du temps et de l'observation accumulés. On peut espérer que le traitement de l'appendicite bénéficiera à son tour de cette évolution, vers le progrès, dont l'histoire des sciences médicales nous a déjà donné tant de preuves dans ce dernier tiers de siècle.

P. M.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Un cours pratique de bactériologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil, le 11 juin à 2 heures, chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations.

Assistance publique à Paris. — Le Conseil municipal a émis un avis favorable à la construction d'un baraquement pour enfants débiles, à la Maternité.

Hôpitaux. — *Salles d'isolement.* — Le Conseil municipal a renvoyé à l'administration plusieurs propositions de M. Dubois, relatives :

1° A la construction de salles d'isolement et d'observation à l'hôpital des enfants malades ;

2° A l'établissement de salles semblables dans les hôpitaux de Paris ;

3° Réfectoires. Une proposition pour l'établissement du réfectoire, où pourront se rendre les malades légèrement atteints et les convalescents, dans tous les hôpitaux ;

4° Bibliothèques. Une proposition relative à l'établissement d'une bibliothèque et de une ou deux salles de lecture, dans chaque hôpital.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

De l'absorption des corps solides, par le Dr E. Cassaet, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — In-8° de 70 pages, avec 2 planches en couleurs. Prix : 4 fr.

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par F. Heins, docteur-médecin. — Une brochure in-8° de 145 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 MAI AU 4 JUIN 1892

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 37. — Scarlatine 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 17. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 38. — Méningite, 38 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 93. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 111. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 179. — Causes inconnues, 5. — Total 1009.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL NECKER. — M. LE DOCTEUR HORTELOUP
(SERVICE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES).

DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

(*Leçon recueillie par le Dr* ED. WICKHAM, *anc. aide d'anatomie.*)

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans le service, un assez grand nombre de malades atteints de tuberculose génitale ; je vous les ai montrés tout à l'heure en parcourant nos salles et de plus je vous ai indiqué ce que chacun d'eux présentait de particulier. Il me semble donc qu'il y a opportunité à jeter un coup d'œil d'ensemble sur cette affection ; vous tirerez profit de cette façon de l'examen clinique que vous avez été à même de faire.

On entend par tuberculose génitale, celle qui a pour siège les vésicules séminales, la prostate, les testicules ou les épididymes, que ces divers organes soient atteints ensemble ou séparément ; si l'on compare sa fréquence de coïncidence avec celle des poumons, on constate que la proportion est environ de 2 0/0 ; elle peut évoluer seule et rentrer dans le cadre des tuberculoses locales ; c'est affirmer d'une manière générale que la phymie de l'appareil génital entraîne un pronostic moins grave que d'autres manifestations du même ordre.

Si vous avez présents à l'esprit les malades du service et c'est pour cela que j'ai spécialement attiré sur eux votre attention, ils sont véritablement classiques ; trois ont la tuberculose localisée à la prostate, un autre a les épididymes et la glande prostatique atteints, enfin le troisième est plus complexe, le testicule doit contenir des noyaux tuberculeux ainsi que la prostate et l'épididyme. Il n'y a pas longtemps encore on niait la possibilité des tubercules limités à la prostate ; mais depuis la thèse de Béraud, on sait et nos malades nous le confirment, que cette opinion n'est plus exacte.

La tuberculose génitale n'est pas une affection infantile ; on la rencontre surtout chez les individus de 15 à 40 ans, ce qui s'explique par la suractivité sexuelle ; chez le vieillard, vous trouverez des tubercules cicatrisés, les tubercules n'ayant aucune tendance à évoluer pendant cette période de la vie, période de sommeil pour les éléments vitaux des tubes séminifères. Elle est héréditaire ou acquise ; héréditaire pour des raisons identiques à celles qui militent en faveur de la tuberculose en général, les causes déterminantes amenant le réveil de lésions qui sans elles n'auraient jamais suivi une marche envahissante ; acquise : la théorie de la contagion me paraît difficilement explicable, je

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET L'ASSISTANCE PUBLIQUES A BARCELONE (1)

Suite.

§ 4. — *Les hôpitaux de Barcelone.*

Au milieu de cette partie vieille de Barcelone, que la pioche du démolisseur va détruire, mais qui sera reconstruite sur un plan nouveau, s'élève un immense édifice, l'hôpital de Santa-Cruz, dont les bâtiments entourent une grande cour, traversée par un passage sous voûte, qui fait communiquer deux rues. La façade droite de cette cour, est celle de l'aile destinée aux femmes ; en face, sont les salles des hommes, salles voûtées qui indiquent l'âge de l'hôpital (1401) et dans lesquelles, faute d'espace, les lits sont placés sur trois rangs et très rapprochés des uns des autres. La statistique du directeur sanitaire du port accusait, pour l'année 1888, une mortalité de 918 sur 6.727 entrées.

L'hôpital, qui peut contenir plus de 1200 places, et qui abrite des fous, en l'absence d'un asile spécial, est sous la direction d'une Commission, dans laquelle l'élément ecclésiastique a une certaine prépondérance. Le personnel d'infirmiers et infirmières a un caractère semi-religieux ; les « praticiens » sont les élèves de l'école de médecine, édifice voisin de l'hôpital et auquel la Commission prête quelques salles pour les cliniques officielles. Mais, l'établissement accessoire est insuffisant, et il est question de créer, dans la partie nouvelle de la ville, deux grands hôpitaux plus en rapport avec une ville de l'importance de Barcelone qui est appelée à un brillant avenir.

Un autre hôpital, dû à l'initiative privée, est celui du « Sacré-Cœur » de Barcelone, fondé en 1879, et soutenu depuis par un Comité de dames. L'édifice est un grand parallélogramme, formant corridor ou galerie, où viennent aboutir perpendiculairement, du côté Sud, de grands pavillons destinés aux malades ; chaque salle n'en contenant pas plus de dix.

(1) Voir les numéros 23 et 24.

comprends l'infection de la femme par un sperme contenant des bacilles de Koch, mais je ne suis pas le chemin parcouru par les micro-organismes à travers l'urèthre, jusqu'à l'épididyme ou le testicule, laissant intacts le cordon et la prostate, organe qui ne sera malade qu'à une période plus avancée. Nous avons, d'ailleurs, dans le service, le jeune garçon que je vais opérer pour des tubercules de la prostate, lequel n'a jamais eu de relation avec des femmes. Les partisans de la seule tuberculose acquise ne seraient pas, je crois, susceptibles d'indiquer en ce cas la porte d'entrée du bacille. L'hérédité assurément joue le plus grand rôle, et lorsqu'on étudie les phases qui ont précédé la tuberculose génitale, on retrouve toujours soit la misère physiologique, soit le surmenage des organes, soit des lésions inflammatoires persistantes.

Vous savez que l'anatomie pathologique des tubercules génitaux, tout au moins pour le testicule et l'épididyme, a été particulièrement étudiée par Reclus dont je ne saurais trop vous engager à lire la thèse, c'est en résumé une néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséeuse. Quelquefois, la granulation grise est seule présente, mais le plus souvent la tuberculose se présente sous l'aspect de masses caséeuses.

Si vous avez occasion de sectionner un cas type d'épididymite tuberculeuse, la pulpe testiculaire vous apparaîtra intacte tandis que l'épididyme, augmentée inégalement de volume, entourera à la façon d'un cimier de casque le testicule; parmi ces bosselures les unes seront dures, les autres seront ramollies et adhérentes à la face profonde de la peau du srotum.

Rarement le testicule est pris isolément, j'en possède cependant une curieuse observation; je vais faire passer sous vos yeux un dessin de M. Leudet, représentant la coupe de ce testicule; vous y verrez l'albuginée perforée et un fongus constitué par la hernie des tubes séminifères, infiltrés de tubercules. Le plus souvent, lorsque le testicule est malade, l'épididyme l'est aussi et comme dans l'aquarelle, épididyme et testicule sont confondus en une masse caséeuse.

Pour la prostate, les lésions débutent souvent dans le voisinage de la muqueuse uréthrale, ce qui donne l'explication des symptômes que nous analyserons plus tard; le plus souvent de nombreux noyaux, d'aspect mastic, séparés les uns des autres par du tissu sain sont disséminés. Les tubercules de la prostate peuvent passer à l'état de crétification, guéris par conséquent mais le plus ordinairement ils marchent vers la suppuration et viennent former des fistules intarissables soit du côté de l'urèthre ou du rectum, soit vers l'anus où elles sont souvent multiples. Si ces fistules dépendent d'un tubercule isolé, petit et bien limité, elles peuvent guérir quelque fois spontanément, mais souvent par une opération appropriée. Lorsque la fonte d'une masse caséeuse a donné naissance à de véritables cavernes, il est impossible que ces cavernes se comblent; je vous en ai montré un exemple chez un pauvre garçon, chez lequel on pouvait, en injectant du lait dans l'urèthre, le faire sourdre dans le rectum par plusieurs orifices fistuleux. Ce qui fait que la destruction complète du tissu prostatique est inguérissable, c'est la disposition des aponévroses environnantes qui maintiennent béantes les cavités des abcès et empêchent le rapprochement des parois.

Un mot de la symptomatogie qui relativement est simple; le début est généralement insidieux; et les malades, qui ne se préoccupent pas beaucoup de leur corps, ne viennent parfois vous consulter que lorsqu'un abcès épididymaire s'est fait jour à l'extérieur; ils avaient bien senti une grosseur anormale, mais, vu l'indolence, ils n'en avaient tenu aucun compte. C'est alors que vous verrez ces dépressions cutanées en culs de poule, absolument caractéristiques. Quand l'épididyme seul est atteint, on sent aisément les noyaux tuberculeux, soit isolés, soit formant un véritable chapelet au-dessus du testicule; si le testicule est atteint et s'il y a du liquide dans la vaginale, le palper donne peu de renseignements absolus, car le liquide recouvre les lésions. Dans le tiers des cas l'hydrocèle existe; on a voulu différencier l'hydrocèle ordinaire en disant que le liquide est plus dense, d'une coloration verdâtre et rempli de petits corps flottants, mais ce n'est pas constant. D'après Trélat, toute hydrocèle double est symptomatique de tuberculose testiculaire. Sans être absolue cette remarque est importante à se rappeler, car elle peut être utile pour le diagnostic. Que deviennent les masses tuberculeuses testiculo-épididymaires?

Les services du bas, confiés au Dr Cardenal, comprennent 70 lits, destinés à la chirurgie et à la gynécologie, et aux maladies des voies urinaires.

Ceux d'en haut contiennent 60 lits pour maladies internes. Le jour de ma visite, il y avait 90 lits occupés, la plupart, par des malades admis gratuitement.

Dans la salle de chirurgie, j'ai causé avec une femme de Perpignan, venue pour se remettre aux soins du Dr Cardenal, dont la réputation a franchi la province de Catalogne.

C'est lui qui, outre le soin des malades de chirurgie, dans lequel il est aidé par trois assistants, a la direction effective de l'hôpital.

Ce sont les sœurs de Saint-Vincent de Paule (quelques-unes françaises) qui ont l'administration de l'hôpital. Pour le service des malades, elles sont aidées de « praticiens » (élèves de la Faculté de médecine), d'infirmiers et d'infirmières, chargés des pansements. Tout ce monde reçoit un traitement.

Dans l'établissement, on a installé aussi une policlinique, avec consultations gratuites et visites à domicile, dont le service est fait par trois médecins et un oculiste. Depuis 1879, jusqu'au 1er juin 1891, l'hôpital du Sacré-Cœur a reçu 3.000 malades environ dont 1800 dans les salles de chirurgie et de gynécologie, 200 dans celles des maladies des voies urinaires, 1.000 dans celles de médecine.

II

Le Dr Cardenal, professeur à la Faculté de médecine de Barcelone et médecin de l'hôpital du Sacré-Cœur, ainsi que je l'ai déjà dit, a créé en 1888, à quelque distance de Barcelone, dans la partie agrandie qu'on appelle « l'Ensanche », et au milieu de villas fleuries, une maison de santé de proportions moyennes, qui se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier, et dans laquelle viennent habiter les malades du dehors, qui désirent se soumettre à une opération.

Les opérations sont faites dans une salle récemment installée, aménagée pour l'antisepsie la plus minutieuse, et munie de tous les instruments et appareils nécessaires pour que cette antisepsie soit obtenue.

Large de 4 mètres, longue de 7, avec une hauteur de 6 mètres, éclairée par un toit vitré, elle est formée de parois stuquées,

Je vous ai déjà dit un mot de leur évolution; quand elles guérissent, elles se crétifient, mais le plus souvent elles s'abcèdent ; la peau devient adhérente, puis rouge; une ouverture se crée, à bords décollés et circulaires, donnant passage à une quantité plus ou moins abondante de pus crémeux d'abord, fluide ensuite. Si l'abcès se guérit, on sent un cordon fibreux entre la peau et le testicule ou l'épididyme.

Le tuberculose de la prostate est aussi insidieuse à ses débuts; dans la période d'état, le toucher rectal renseigne sur le siège, la dimension, la dureté ou le ramollissement des masses néoplasiques; comme je vous l'ai dit, le tubercule envahit de préférence la portion de la glande située près de l'urèthre, aussi une hématurie survenant à la fin de la miction est-elle souvent le premier phénomène; ensuite surviennent l'écoulement uréthral, de la pollakiurie et la pesanteur rétro-scrotale, laquelle est un phénomène fréquent ainsi que le ténesme rectal. Lorsque le tubercule s'est ramolli et est devenu foyer purulent, il s'élimine soit par l'urèthre, soit par le rectum, soit autour de l'anus, où il vient former une fistule. Dans ce dernier cas, il est rare qu'il ne se forme pas plusieurs trajets. Vous vous rappelez les cavernes prostatiques que je vous ai décrites en vous parlant de l'anatomie pathologique; eh bien, au point de vue clinique, ce sont quelquefois de véritables vessies dans lesquelles l'urine peut s'accumuler et qui par cela même occasionnent les plus graves accidents.

D'une façon générale, la tuberculose génitale est une affection grave, mais non incurable. Lorsque les tubercules sont isolés, disséminés, peu nombreux, que l'état général est bon, un traitement médical peut certainement amener la guérison ; si ces tubercules ont une tendance à la suppuration, une intervention opératoire est capable de faciliter la guérison. Mais si les masses tuberculeuses sont considérables et si leur suppuration épuise la constitution, le rein et la vessie se laissent envahir par la tuberculose et la mort survient à plus ou moins longue échéance avec des accidents urémiques.

Toute la thérapeutique conseillée pour la tuberculose en général rendra de véritables services à la tuberculose génitales, mais une intervention chirurgicale sera d'une réelle utilité. L'incision des abcès, le curage des foyers tuberculeux, la cautérisation interstitielle ont amené des guérisons et, souvent l'amputation d'un sarcocèle tuberculeux a arrêté la marche de la tuberculose.

Lorsqu'il n'y a qu'un petit noyau néoplasique dans l'épididyme on le voit évoluer sans intervention; mais lorsque tout l'épididyme est envahi et en voie de ramollissement, lorsque le testicule est atteint, la castration s'impose. Je viens de vous montrer un homme de 52 ans auquel j'ai pratiqué une double castration (la seconde sur sa demande formelle) pour une double épididymite tuberculeuse suppurée, en juillet et novembre 1891. Aujourd'hui 29 mai 1892 son état général s'est complètement modifié et il a pris de l'embonpoint.

Malheureusement pour la tuberculose de la prostate, nos ressources chirurgicales sont bien diminuées ; nous pouvons bien, pour une fistule anale, produite par un foyer tuberculeux prostatique, faire un curage et une cautérisation énergique, mais il nous sera impossible de penser à une opération radicale. Lorsque nous rencontrons une tuberculose bien limitée à la prostate, sans retentissement de voisinage, nous en sommes réduits au simple traitement médical, aussi je me suis demandé si en présence de cette tuberculose locale bien circonscrite, nous n'avions pas le droit d'essayer de lutter, contre sa marche à coup sûr fatale, par la méthode sclérogène que nous devons à M. le professeur Lannelongue.

Vous savez par quelle idée a été guidé mon savant collègue? Créer, autour des foyers tuberculeux, une zone scléreuse de façon à déterminer un étranglement des noyaux, à diminuer ainsi leur vitalité et à obtenir thérapeutiquement le mode de guérison naturelle, c'est-à-dire une crétification du tubercule.

Malheureusement on ne peut pas arriver aussi facilement sur les lésions prostatiques que sur une lésion articulaire ou même épididymaire. Deux voies sont cependant praticables, l'une par le rectum, l'autre par l'urèthre. J'ai reculé devant la voie rectale car, si je n'obtenais pas un bon résultat, je m'exposais peut-être à faciliter, par ce traumatisme, une inoculation rectale tuberculeuse, aussi ai-je préféré l'urèthre que j'atteins par le périnée, en pratiquant

---

faciles à laver et percées de quatre portes; l'une qui permet l'entrée du maître et de ses aides, l'autre qui donne sur la chambre de l'opéré, la troisième, qui donne accès au jardin, enfin la dernière, qui mène au petit laboratoire où, sur des tables et des étagères de cristal, sont placés tous les réactifs connus ; des engins de même composition supportent, dans la salle d'opérations, tous les liquides antiseptiques, tous les appareils à gaz nécessaires au chauffage des liquides ou à la stérilisation des appareils.

Le sol est pavé d'une mosaïque de marbre facile à nettoyer. Il supporte une table d'opération placée sur quatre pieds nickelés, faite de cristal et de fer, et au centre évidé de laquelle se trouve un trou livrant passage aux liquides de l'opération, qui sont recueillis dans un vase de métal placé sous cette table.

Les appareils d'éclairage au gaz permettent aux produits de la combustion de s'échapper au dehors; un calorifère entretient la température de la salle à 18 ou 20°.

Ni le chirurgien, ni ses aides, ni aucun visiteur n'entre dans la salle d'opérations sans s'être préalablement lavé, et sans avoir quitté ses habits, pour revêtir une blouse propre.

Les liquides antiseptiques dont se sert M. Cardenal, sont les solutions de sublimé à 1 0/00, d'acide borique à 4 0/0, de thymol à 1 0/0 ; il a presque abandonné l'acide phénique. Tous les tubes, aiguilles, linges de pansement, instruments, sont stérilisés, soit par le lavage à l'eau bouillie, ou à l'une des solutions indiquées ci-dessus, soit à la chaleur du gaz ou de l'étuve. Depuis quelque temps, M. Cardenal se sert fréquemment de l'iodoforme, comme topique ou comme séparation des linges de pansement, afin de former autour des plaies une atmosphère désinfectante isolante. M. Cardenal se sert aussi des éponges stérilisées; il n'a pas pour cette matière la répugnance qu'ont certains de nos chirurgiens.

Depuis 1878 jusqu'au 1er juillet 1891, dans sa pratique hospitalière et privée, le Dr Cardenal a fait 1.814 opérations, parmi lesquelles 105 laparotomies, 6 néphrectomies, 12 hystérectomies par le vagin, 120 résections, 12 résections du maxillaire. Depuis qu'il emploie une antisepsie rigoureuse, c'est à peine s'il a observé quelques cas de septicémie, et toujours il a obtenu une cicatrisation rapide par première intention; il cite comme exemple ses beaux succès dans les grandes amputations et dans les résections de la rotule et du tarse, pour les arthrites tuberculeuses chroniques.

la boutonnière périnéale, opération insignifiante en elle-même.

J'ai déjà exécuté cette opération sur un jeune homme de 26 ans, entré à Civiale le 24 janvier 1892, pour une tuberculose prostatique, datant de deux ans, et se manifestant par des urines sanglantes ; à son entrée, il avait une miction par heure, il se plaignait de douleurs retroscrotales ; par le toucher rectal on sentait une prostate pas très volumineuse mais contenant, de chaque côté, plusieurs noyaux bien caractéristiques. Il y a quinze jours qu'il a été opéré et vous avez pu constater qu'il souffre fort peu, les urines sont à peine rosées et les mictions ont considérablement diminué.

Voici comment j'ai procédé. Une fois endormi, le malade a été placé dans la position de la taille ; le périnée soigneusement rasé, lavé au savon de naphtol et à l'éther, j'ai introduit après avoir lavé le canal à l'eau boriquée, un catheter moyen. Une incision longitudinale de 4 centimètres, s'arrêtant à quelques millimètres de l'anus, m'a permis d'arriver sur le cathéter, et de faire à l'urèthre une incision de 2 centimètres; j'ai glissé alors dans la rainure du cathéter une seringue de Pravaz munie d'une très longue aiguille. Lorsque la pointe de l'aiguille a été en contact du cathéter, j'ai introduit l'index gauche dans le rectum, ce qui m'a permis de diriger l'aiguille dans un des lobes de la prostate, d'y faire pénétrer quatre gouttes de la solution de chlorure de zinc (formule Lannelongue), puis de retirer l'aiguille et de la replonger dans l'autre lobe où je fis injecter par mon interne la même quantité de solution. Craignant un peu de réaction, j'ai cru plus prudent de placer par la boutonnière une sonde en caoutchouc rouge que j'ai laissée quarante-huit heures.

Je vais pratiquer tout à l'heure devant vous cette même opération sur un garçon de 16 ans, souffrant depuis le mois de janvier. A cette époque, il a ressenti des envies d'uriner un peu plus fréquentes ; en mars, il a eu une légère hématurie. A son entrée à Civiale, le 6 avril, les mictions sont fréquentes, les hématuries intermittentes, les urines contiennent un fort dépôt purulent dans lequel le microscope fait reconnaître une quantité considérable de bacilles. Comme je vous l'ai dit, la méthode sclérogène n'a pas encore été employée contre la tuberculose prostatique ; pourra-t-elle nous donner les mêmes résultats que pour les autres tuberculoses locales ? Nous pouvons l'espérer quoique nous soyons privés dans ce cas de la compression qui joue un grand rôle dans le traitement consécutif aux injections de chlorure de zinc. Le malade que nous avons opéré il y a quinze jours, n'a pas eu de fièvre, il a uriné dès le troisième jour, par la verge, il n'a plus que huit mictions en vingt-quatre heures, les urines ne contiennent presque plus de sang et le malade paraît satisfait de l'intervention.

Que deviendra-t-il ? l'avenir nous l'apprendra, mais je ne crois pas avoir aggravé sa situation et j'ai bon espoir d'avoir arrêté la marche de la tuberculose.

Nota. — A la suite de cette clinique, M. le Dr Horteloup a pratiqué, d'après les règles qu'il a formulées, l'opération de la boutonnière périnéale et les injections prostatiques à son malade de 16 ans. L'opération n'a rien présenté de particulier, si ce n'est qu'après avoir ponctionné le lobé droit, on a vu sortir par la plaie périnéale quelques gouttes d'un liquide blanc comme si on avait ouvert une collection purulente. Les suites de l'opération ont été très simples ; les urines sont devenues claires ; on a encore trouvé quelques bacilles et le jeune malade ne souffre presque plus.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA PÉRICARDITE (1),

Par le Dr PAUL FABRE (de Commentry).

Par ces temps où la question de la pleurésie ou mieux des pleurésies attire l'attention du corps médical français, en raison de la discussion encore pendante à notre académie de médecine, il nous semble utile de présenter à nos compatriotes le résumé des recherches qu'un des élèves les plus distingués du professeur Cantani a entreprises pour élucider le double problème de l'étiologie et de la

(1) D'après les travaux du docteur ALFRED RUBINO; voir sa thèse pour la *libera docenza* en pathologie médicale. (Université de Naples, 1891.)

J'ai vu faire par le Dr Cardenal, à l'hôpital du Sacré-Cœur, une résection du fémur, à sa maison de santé, une double ovariotomie avec énormes adhérences, opérations exécutées avec une dextérité et une patience admirables. C'est une bien sympathique figure que celle de ce chirurgien de trente-neuf ans, qui occupe un des premiers rangs dans la médecine espagnole. Sous ses lunettes d'or, brille un œil intelligent; il a une érudition profonde et une grande facilité d'élocution, s'exprimant très bien en français, et donnant avec une extrême bonne grâce tous les renseignements sur ses méthodes et ses opérations.

§ 5. — *La charité privée à Barcelone.*

L'asile Duran est un des établissements de bienfaisance et de régénération les mieux compris de l'Espagne. Comme édifice, il présente une série de bâtiments vastes, élégants, et de construction récente.

Il a son origine dans une maison de correction qu'avait établie l'ayuntamiento en 1852; mais, malgré les dépenses faites par cette administration, l'établissement marchait mal.

En 1881, à la suite d'un rapport fait par M. Pedro Armengal, on entame des négociations avec la Société de Saint-Pierre-des-Liens, de Marseille, qui possède en France des maisons de correction; et enfin, en 1885, sous la direction du père Pégras, l'établissement prend le titre d'Ecole municipale de réforme, sorte de colonie de Mettray, moins étendue et d'une population moins élevée, au point de vue moral. Malgré les efforts des directeurs, les enfants sont indisciplinés, ils résistent, s'échappent, mettent le trouble dans le voisinage.

Vers 1886, un généreux citoyen de Barcelone, M. Torribio Duran laisse un legs important pour la construction d'un asile destiné aux enfants perdus, et on inaugure « l'asile Duran », le 11 décembre 1890.

Administré par un Comité de patronage, dans lequel figurent, ainsi que dans les fondations analogues, des représentants de l'autorité, de la famille du fondateur, et de la Direction même, l'asile Duran est fait pour 250 enfants. Il reçoit non seulement 120 enfants dont l'ayuntamiento de Barcelone paie l'entretien, mais des enfants que lui confient, en payant, les familles, et aussi quelques autres à titre gratuit.

pathogénie d'une maladie on ne peut plus proche parente de la pleurésie, la péricardite.

Après s'être assuré de la pureté et de la virulence des cultures en bouillon du staphylocoque doré et du staphylocoque blanc, M. A. Rubino a fait sur des lapins, cinq séries d'expériences, par lesquelles il s'est proposé de déterminer :

1° Si la simple injection intra-veineuse de cultures pures de staphylocoques pouvait, entre autres localisations, produire la péricardite (12 expériences négatives);

2° Si l'injection directe des staphylocoques dans le péricarde, amenait la péricardite (14 expériences positives);

3° Si, après avoir provoqué une irritation du péricarde, l'injection intra-veineuse des staphylocoques était suivie de péricardite (25 expériences positives);

4° Si le refroidissement de la région précordiale est par lui seul capable de provoquer une péricardite, et, en cas négatif, de rechercher quelle influence ce refroidissement pourrait avoir sur la localisation, dans le péricarde, des staphylocoques injectés dans le sang, et sur le développement consécutif d'une péricardite (17 expériences ; dans 9 cas sur 12, l'injection intra-veineuse de staphylocoques, précédée du refroidissement de la région cardiaque, a eu pour résultat une péricardite);

5° Si un traumatisme de la région précordiale ou du cœur exerce une influence sur la production d'une péricardite (une simple contusion externe est incapable par elle seule d'entraîner une péricardite; mais en injectant dans le sang de 12 lapins, placés dans ces conditions, des staphylocoques blancs, M. Rubino a obtenu 5 fois une péricardite, tandis qu'en injectant des staphylocoques dorés à 12 autres lapins il n'a observé que des résultats négatifs).

De ses 91 expériences, M. Rubino a pu conclure qu'il est possible de provoquer une péricardite en injectant des staphylocoques dans la cavité péricardique, et même en les lançant dans la circulation sanguine, à condition de produire soit avant, soit après, une irritation mécanique de la séreuse. Le refroidissement local constitue donc une cause prédisposante à la fixation des staphylocoques dans le péricarde et à leur développement consécutif pour amener une péricardite, tandis que les contusions de la région cardiaque n'auraient, à ce point de vue, aucune influence.

En terminant son étude si intéressante, M. A. Rubino se demande si l'on est encore aujourd'hui autorisé à conserver en pathologie la division des péricardites en péricardites primitives et péricardites secondaires.

Il répond affirmativement à sa propre question et voici quelles raisons il présente à l'appui de son opinion.

L'examen analytique des observations cliniques démontre d'une manière indiscutable qu'un certain nombre de péricardites, simples péricardites au début, font toute leur évolution sans complication aucune, à moins qu'elles ne soient suivies (mais secondairement) d'autres manifestations pathologiques. D'autre part, il existe un nombre de beaucoup plus considérable, de péricardites qui viennent évidemment se greffer sur des lésions antérieures d'organes différents.

Le premier groupe mérite de porter le nom de péricardites idiopathiques, en ce qu'elles sont le résultat d'une lésion directe du péricarde (plaies ou corps étrangers de l'œsophage) ou succèdent à un refroidissement et peut-être aussi à des contusions.

Dans le premier cas, la genèse s'explique par le transport direct des excitateurs de la phlogose empruntés au milieu extérieur.

Dans l'autre cas, si on ne peut admettre que le seul refroidissement ou une simple contusion puissent donner naissance à un processus inflammatoire, on remarquera que ces deux facteurs (le premier à coup sûr et le second probablement) mettent la séreuse dans des conditions fort propices à l'action des éléments morbigènes contenus dans le sang. (Ces éléments sont représentés par des substances chimiques qui peuvent être ou le produit des microbes pathogènes, ou le produit de métamorphoses pathologiques du sang lui-même par suite d'altération fonctionnelle des organes chargés de produire ou d'épurer cette *chair coulante*.)

On est donc réduit à admettre que la péricardite, même dans ce cas, exige une infection antérieure de l'organisme ou une dyscrasie, et que, par ce fait, on devrait, à la rigueur, la considérer elle aussi, comme secondaire. Mais à vouloir faire des subtilités de ce genre, on en arriverait à nier, du coup, toutes les maladies que nous appelons primitives.

J'ai visité les ateliers situés au rez-de-chaussée, et dans lesquels les enfants travaillent avec beaucoup de zèle, sous la direction de contre-maîtres.

§ 6. — *Le laboratoire microbiologique à Barcelone.*

L'un des plus importants établissements de Barcelone est certainement le Laboratoire microbiologique fondé par M. Jaime Ferran ou plutôt créé pour lui par l'intelligente cité.

Il m'a fait lui-même les honneurs de cet Institut, placé dans un beau quartier, tout près du Parc, depuis sa fondation qui remonte à cinq ans.

C'est un terrain irrégulier, dont le pourtour est occupé par des écuries, des cages à lapins, des niches à chiens, le logement des employés. Ce pourtour enserre deux vastes jardins; au milieu d'eux est le laboratoire, lequel se compose d'une salle d'attente, de cabinets de recherches, de dépôts d'instruments, de livres et d'archives, de salles d'inoculation et d'un cabinet pour le directeur.

Voilà pour le rez-de-chaussée; les salles pour photographies et observations météorologiques, les chambres à observations microscopiques, etc., sont au premier étage. Tout ce qui constitue les travaux d'un laboratoire de chimie ordinaire, créé à l'usage du commerce local et de la salubrité d'une ville, eaux, matières alimentaires ou industrielles, se trouve réuni sous la direction du Dr Ferran, qui se livre aussi à des recherches microbiologiques assidues.

Depuis ma visite, de nouveaux départements viennent d'être créés au Laboratoire par les soins du nouveau maire, M. Manuel Porcar y Tio. Le service des chiens errants envoyés en fourrière met à la disposition du Dr Ferran 2.000 de ces animaux par an. Le personnel inspecte chaque jour de 4 à 5.000 animaux, soit oiseaux de basse-cour, soit lapins, et aussi les vaches laitières, qui fournissent un aliment utile à la clinique vétérinaire de l'établissement; pour ces divers services, on a fait des constructions nouvelles qui augmentent l'étendue du Laboratoire.

(*A suivre.*)

Pourrions-nous désormais admettre une pneumonie croupale primitive, puisque cette affection présuppose l'infection du sang par le virus pneumonique ?

Pourrait-il y avoir une pleurésie primitive, alors qu'on est obligé d'accepter une altération antérieure du sang, soit tuberculeuse, soit rhumatismale, soit pneumonique ? Il ne saurait y avoir davantage de néphrite primitive, etc.

En résumé, si l'on voulait exclure de la nosologie les lésions primitives des diverses parties de l'organisme, pour ne conserver qu'une série de maladies infectieuses ou toxiques, que resterait-il en fait de maladies locales ? et comment expliquerait-on que tel organe ou tel tissu soit plus fréquemment atteint que tels autres ?

Dès maintenant, d'ailleurs, par suite des progrès de nos connaissances en étiologie, nous devons reconnaître que la classification des maladies est destinée à subir une modification radicale. Car l'état général est appelé à venir en première ligne, tandis que le fait local ne représentera plus qu'un épisode en quelque sorte plus ou moins constant.

Et nos descriptions classiques des maladies, basées sur la distinction des divers appareils et systèmes organiques, que deviendront-elles ? Cependant, à défaut d'autre raison d'être, elles répondent à un besoin clinique, et ne sauraient, au moins pour le moment, être remplacées par les conceptions fondées sur les nouvelles acquisitions de la science étiologique.

En admettant que les causes si longtemps considérées comme facteurs exclusifs de certaines maladies, le refroidissement entre autres et par dessus tous les autres, ne représentent pas autre chose que des conditions prédisposantes à l'action des autres éléments morbigènes, M. Rubino est d'avis que l'on peut raisonnablement regarder comme primitive une maladie d'un organe ou d'un appareil déterminés, lorsque ces éléments transportés dans le courant sanguin provoquent toujours un même processus pathologique sans influence sur les autres fonctions ou ne les influençant que secondairement ; et par contre que l'on doit comme secondaire une maladie d'un organe ou d'un appareil qui survient à la suite de la maladie d'un autre organe dans lequel tel ou tel élément morbigène élit plus volontiers domicile.

Suivant cette manière de voir, on devra donc considérer comme une péricardite primitive la maladie qui se manifeste et se localise d'emblée au péricarde, quelle qu'en soit l'origine (rhumatismale, pneumonique, tuberculeuse) et même la forme décrite par M. Hanot (l'infection cryptogénique), et comme des péricardites secondaire celles qui succèdent à d'autres localisations de ces éléments morbigènes ou à d'autres lésions.

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX

Par le Dr P. R. Charrier,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

Suite (1)

Observation X.

Métrorrhagies incoercibles ; salpingite chronique double ; pyosalpinx droit ; infection tuberculeuse probable avec hémorrhagies symptomatiques (*hémoptysies utérines*).

Alice P..., 24 ans, entrée le 10 octobre à l'hôpital Pascal, salle A, lit n° 20.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls au point de vue général.

Antécédents génito-urinaires. — Réglée à 11 ans, souffre dans le ventre depuis l'âge de 14 ans ; il y a dix-huit mois, elle entre à la Pitié pour des métrorrhagies incoercibles que rien ne pouvait arrêter, elle reste huit mois et sort améliorée.

Il y a un mois les pertes blanches, les métrorrhagies, les douleurs dans le bas ventre ont reparu, et ont forcé la malade à venir consulter.

Etat actuel. — Métrite et vaginite intenses, le col est petit, col de nullipare, l'utérus est également petit. On perçoit dans le cul-de-sac postérieur et dans les culs-de-sac latéraux deux petites tumeurs assez dures, douloureuses.

On fait le diagnostic de salpingite chronique double.

L'opération est pratiquée le 23 janvier suivant les règles ordinaires. Décortication pénible. M. Pozzi amène à l'extérieur successivement les annexes du côté droit puis celles du côté gauche.

De chaque côté ovaire et trompe sont fusionnés.

Examinées après l'opération on trouve que la trompe, de chaque côté, est remplie de masses caséeuses probablement tuberculeuses, les ovaires sont polykystiques. Les lésions sont surtout marquées à droite. A gauche la trompe renferme un peu de pus concret, mais elle est moins grosse qu'à droite.

Les suites opératoires furent très bonnes. Réunion par première intention le huitième jour. Sortie le 21 février 1891, revue plusieurs fois à Necker. Les douleurs, les pertes ont disparu, et cette femme, dont l'existence est génitalement très fatiguante se porte parfaitement bien. Elle a été revue pour la dernière fois le 23 octobre 1892.

Observation XI.

Double pyosalpinx ; petit corps fibreux intestinal.

L... Léonie, 44 ans, entrée le 11 septembre 1890, salle A, hôpital Pascal.

Antécédents héréditaires : nuls.

Histoire générale : réglée à 11 ans, a toujours eu des pertes blanches depuis son enfance. En outre, depuis longtemps, elle a des douleurs abdominales qui ont surtout été en augmentant depuis sa dernière grossesse qui date de 1885 et qui ont la troisième.

Depuis 1883, elle perd beaucoup en blanc, et surtout depuis dix-huit mois. En outre, depuis la même époque, elle a des métrorrhagies considérables, surtout au moment des règles.

En août 1889, souffrant toujours et continuant à avoir des hémorrhagies, elle vient consulter M. Pozzi. Après examen il conseille le repos absolu des injections chaudes. En résumé un traitement médical.

Au bout de deux mois les douleurs très vives ont disparu, les pertes ont également diminué. Aussi la malade a-t-elle repris ses occupations qui sont très fatigantes et qui exigent qu'elle passe debout presque toutes ses journées. Aussi en mai 1890, notre malade recommence à souffrir dans le bas-ventre, ses douleurs sont telles qu'elle est forcée, au moment de ses époques, d'arrêter son travail. M. Pozzi, qu'elle va de nouveau consulter, l'examine et constate des lésions des annexes de chaque côté, il porte le diagnostic de pyosalpinx double et

(1) Voir les numéros 18, 19, 22 et 24.

conseille une opération, pendant longtemps la malade refuse, toutefois pendant un séjour au bord de la mer, au mois d'août, il y a trois semaines à Ouessant, elle est prise d'une crise si violente qu'on est forcé de la ramener en toute hâte à Paris, avec tous les signes dans la poussée péritonitique aiguë.

Du 27 août au 10 septembre la malade garde le repos au lit et vient à Pascal le 11 septembre. Dès le soir de son entrée elle a une abondante hémorrhagie qui est due à son époque menstruelle, le 18 septembre elle est examinée par M. Pozzi qui dicte les lignes suivantes :

Col un peu gros. Utérus en antécourbure.

Au toucher, les culs-de-sac sont remplis par deux tumeurs fluctuantes volumineuses qui semblent être les trompes transformées en pyosalpinx.

L'opération est pratiquée le 21 septembre. Suivant les règles ordinaires et après une décortication moins laborieuse qu'on ne le croyait, il amène à l'extérieur deux poches du volume et de la forme d'une grosse banane.

Le ventre est refermé après un lavage soigneux, on laisse une mèche de gaze iodoformée dans l'angle inférieur. Suites excellentes. Réunion par première intention le huitième jour. Au cours de l'opération, M. Pozzi constate à la face antéro-latérale gauche de l'utérus un petit corps fibreux faisant saillie et auquel il attribue les métrorrhagies de la malade, il émet le regret de n'avoir pas fait en ce cas une hystérectomie totale.

La malade quitte l'hôpital le 22 octobre absolument guérie. Nous l'avons revue à plusieurs reprises et il n'y a pas quinze jours pour la dernière fois. Les douleurs ont complètement disparu, mais il persiste tous les deux ou trois mois des hémorrhagies assez abondantes dues au corps fibreux.

OBSERVATION XII.

Double pyosalpinx; péri-métrosalpingite séreuse; ovarite gauche suppurée; ovaire polykystique droit.

L..., 26 ans, entrée le 14 octobre 1890, salle A., lit n° 13.

Antécédents héréditaires et personnels : nuls.

Histoire générale, réglée à 18 ans, deux grossesses, toutes les deux difficiles, suivies d'accidents fébriles, la dernière grossesse a eu lieu il y a neuf mois et les douleurs abdominales que la malade ressent depuis sa première couche se sont singulièrement accusées depuis le dernier accouchement. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis neuf mois, elle souffre dans le bas-ventre surtout lorsqu'elle marche, lorsqu'elle reste longtemps debout ou qu'elle a des rapports sexuels. Très peu de pertes blanches, pas d'hémorrhagies ni pendant les règles ni en dehors de ses époques.

Il y a deux mois ses douleurs ont pris un tel caractère d'acuité que notre malade a été consulter au dispensaire Furtado. Le résultat de cette consultation fut un curettage que l'on conseille à la malade parce qu'elle était atteinte de métrite.

Le curettage fut pratiqué chez elle et depuis lors les douleurs, au lieu de diminuer ont sans cesse augmenté. Aussi, la pauvre femme s'est-elle décidée à entrer à Pascal.

Le 21 octobre 1890. M. Pozzi examine la malade et dicte le diagnostic qui suit : col déchiré, scléreux, irrégulier, utérus en antécourbure assez volumineux, dur. Dans le cul-de-sac latéral gauche : tumeur mollasse grosse, comme un œuf appendue aux côtés de l'utérus.

Dans le cul-de-sac latéral droit et empiétant le cul-de-sac postérieur une tumeur plus volumineuse plus dure et lisse. En conséquence, le diagnostic porté est : double salpingite chronique probablement kystique à droite.

L'opération est pratiquée le 25 octobre 1891. L'examen sous le chloroforme confirme l'examen donné plus haut.

A l'ouverture du ventre, M. Pozzi trouve deux tumeurs très adhérentes formées par les trompes. Celle de gauche est située en avant et latéralement, elle est saisie et décortiquée très péniblement ; son pédicule est facilement lié.

La trompe droite forme une partie de la seconde tumeur qui est plus volumineuse que la première ; elle est située sur le cul-de-sac de Douglas d'où elle est très difficilement détachée. Le pédicule de cette tumeur est très large et nécessite une ligature placée sur la partie qui renferme la trompe, coupe les tissus sur lesquels elle est placée et lâche. M. Pozzi place alors deux autres fils entre-croisés au-dessous du fil qui a lâché ; de plus, comme la tranche du ligament infundibulopelvien saigne, M Pozzi arrête cette légère hémorrhagie par un surjet au catgut, il procède ensuite avec des compresses-éponges à un nettoyage soigné du péritoine et referme le ventre sans laisser de mèche.

Les pièces offrent les lésions suivantes : à gauche, la trompe est épaissie et renflée. Au milieu elle a le volume du petit doigt. Son pavillon adhérent à l'ovaire a disparu.

Entre l'ovaire et la trompe existent de grosses bulles transparentes qui paraissent être de l'œdème aigu, les grosses bulles ont les dimensions d'une noisette et ne sont autre chose que de la périmétro-salpingite séreuse enkysté.

La section de la trompe permet de constater que les parties sont très épaisses et qu'à l'intérieur, il y a une petite quantité de pus séreux.

A la coupe l'ovaire, du même côté, présente un tissu lardacé où l'on distingue des petits kystes folliculaires dont deux offrent des traces d'hémorrhagie et un troisième un noyau caséeux de pus concret. A droite, comme nous l'avons dit, la tumeur est plus volumineuse. L'extrémité de la trompe égale le volume du pouce et contient 3 à 4 cuillerées à café de pus crémeux.

La lumière de la trompe est tout à fait oblitérée à 3 centimètres de la surface sectionnée.

L'ovaire droit est augmenté de volume, il atteint les dimensions d'une noix verte et présente les lésions de la maladie kystique sous forme de 3 kystes : l'un séreux, les deux autres hématiques, couleur chocolat pour le plus ancien, groseille pour le plus récent. Les suites de l'opération ont été excellentes, réunion par première intention le septième jour. La malade quitte l'hôpital le 16 novembre 1890. Nous l'avons revue à Necker au mois de mai 1892. Au point de vue local, il n'y avait plus ni douleur ni sensibilité. L'utérus, très petit, était comme atrophié. Toutefois l'écoulement leucorhéique qui, avant l'opération, était très peu marqué, s'est accru depuis lors comme s'il y avait infection secondaire, et on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une métrite puerpéro-gonorrhéique tandis que les lésions præopératoires avaient suivi l'accouchement et étaient sûrement puerpérales.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Suisse balnéaire et climatérique, par Eugène de la Harpe. 1 vol. in-12 de 400 pages, cartonné. Zurich, C. Schmidt, édit., 1891.

N'est-ce pas un livre de géographie autant sinon plutôt qu'un livre de médecine vraie que celui publié par M. le Dr Eugène de La Harpe sous ce titre : *La Suisse balnéaire et climatérique ?*

Sans doute, lorsqu'il s'agit d'un pays où le rôle de l'altitude pour beaucoup de stations est si considérable, où l'exposition pour un bon nombre d'autres, la situation à l'abri des vents du nord, est des plus importantes, des descriptions détaillées, des notions précises sur la topographie de chaque région sont également nécessaires. Aussi le médecin ne se plaindra-t-il pas de trouver enfin un guide sûr pour l'aider à se reconnaître au milieu de ce nombre toujours croissant de stations balnéaires ou climatériques de la Suisse. Les descriptions géographiques ne sont pas ici superflues.

Après une introduction consacrée à la topographie et à la climatologie générale de la Suisse, l'auteur énumère la multitude de ces stations qui dépasse le chiffre de 200, en les classant suivant la nature de leurs eaux.

Le livre en lui-même comprend neuf chapitres : le 1er est consacré aux environs du Léman, le 2e au Valais, le 3e au Jura, le 4e à la plaine située entre les lacs de Neufchâtel et de Constance. Dans le 5e il est question des stations des Alpes de Fribourg et de Berne. Le 6e décrit les environs du lac des Quatre Cantons. Le 7e est réservé à la région du nord-est, le 8e aux Grisons, à Davos et à l'Engadine ; et enfin le 9e au Tessin. Dans un appendice, M. de la Harpe donne quelques indications sur la station hydrothérapique de Divonne et sur deux autres stations françaises, Evian et Thonon. Inutile de dire que les stations pour le traitement d'Œrtel, pour les cures de raisins, pour les cures de petit lait, ne sont pas plus oubliées que les établissements hydrothérapiques.

Par l'aspect typographique autant que par la multitude des renseignements dont il est, qu'on me passe l'expression, littéralement bourré, ce livre rappelle les Bædeker. Mais c'est un Bædeker qui ne rendra pas seuls des services aux voyageurs, il en rendra surtout et des plus signalés aux médecins qui, désormais, pourront en connaissance de cause et sans de trop grandes recherches indiquer à chacun de leurs clients la station helvétique qui lui convient.

M. de la Harpe a donc fait là une œuvre des plus utiles et nous ne saurions lui ménager nos compliments.

Dr Albertus.

Des ruptures de l'artère méningée moyenne, par F. Duchaine. (Thèse de Paris.)

L'artère méningée moyenne, née de la maxillaire interne, au sommet de la fosse zygomatique, va en passant par le petit trou rond se distribuer à la plus grande partie de la dure-mère et des parois temporo-frontales. Une fracture du crâne, une simple contusion même sont susceptibles de provoquer sa rupture. Les signes cliniques que l'on observe alors, peuvent être caractéristiques, quoique dans la majorité des cas ils soient marqués par de multiples complications justiciables du traumatisme. Ce sont un œdème diffus ou une bosse sanguine, la respiration stertoreuse, le coma, des monoplégies. Ces dernières n'apparaissant généralement que, quelques heures après l'accident débutent d'ordinaire par la face et le membre supérieur, simulant jusqu'à un certain point l'hémiplégie. Quand le membre inférieur est intéressé lui-même, il est à remarquer qu'il conserve plus de mobilité que le membre supérieur. L'aphasie se montre lorsque les paralysies et les convulsions ont pour siège les membres droits.

Si, dans ces conditions le blessé est abandonné à lui-même, la mort survient presque à coup sûr, elle est en général rapide se produisant quelquefois en moins de vingt-quatre heures au bout d'une dizaine de jours au maximum.

Si au contraire, le diagnostic de la lésion ayant été porté on pratique la trépanation, tout change. Souvent avant la fin de l'opération, dit M. Duchaine, le malade qui, étant dans le coma n'a pas été chloroformé, se réveille de sa torpeur, les mouvements sont de nouveau possibles, les convulsions cessent, l'aphasie, si elle existait, disparaît rapidement, et si l'opération a été rigoureusement faite suivant les règles de l'asepsie, guérit rapidement.

L'auteur avait eu tout d'abord l'intention d'entreprendre l'étude entière des épanchements du sang dans le crâne, mais l'ampleur du sujet, nous déclare-t-il, l'a effrayé. Se cantonnant dans l'étude des ruptures de la méningée moyenne, il nous a donné un travail fort bien nourri, et qui révèle un grand sens clinique. Peut-être aurait-il bien fait de s'inspirer d'un très substantiel mémoire sur les lésions traumatiques du crâne que le professeur Forgues (de Montpellier) a fait paraître il y a deux ans dans les *Archives de médecine militaire* et que nous avons été surpris de ne pas voir même cité dans l'index bibliographique.

Quelques considérations d'ordre pratique sur les pleurésies purulentes, par A. Ponchon. — Th. Paris.

La pleurésie purulente, multiple dans ses formes cliniques, reconnaît comme cause essentielle la présence de microbes pathogènes et le plus ordinairement même pyogènes. Parmi ces derniers, il convient de citer les streptocoques, le pneumocoque, le bacille de la tuberculose, parfois même le staphylocoque doré.

Les pleurésies à streptocoques exigent une intervention énergique, les ponctions répétées ne donnant généralement lieu qu'à des améliorations transitoires. A l'évacuation du pus, il faut faire succéder des lavages antiseptiques.

L'empyème dû à l'action du pneumocoque est le type par excellence de la pleurésie purulente chez les enfants. Lorsque dans cette variété le pneumocoque est le seul micro-organisme actif, à l'exclusion de tout autre, il est fréquent de voir la pleurésie purulente se comporter comme une inflammation de bonne nature et offrir une évolution bénigne.

La pleurésie purulente tuberculeuse c'est-à-dire dont l'étiologie microbienne se rattache uniquement à la présence du bacille de Koch, est chronique d'emblée ; aussi la thoracotomie se trouve-t-elle absolument contre-indiquée. Les ponctions, réitérées au besoin, constituent le meilleur moyen à utiliser pour le soulagement du malade.

Les staphylocoques ne paraissent être qu'exceptionnellement l'origine d'inflammations suppuratives des muqueuses. La pleurésie purulente dans laquelle on les trouve doit ordinairement être imputée à d'autres germes qui leur sont associés. Mais l'étude sur ce sujet est encore trop peu avancée pour qu'on puisse tirer, au point de vue du traitement, des déductions pratiques.

Le travail de M. Ponchon est difficile à résumer. Nourri de faits et d'une lecture aisée il sera consulté avec fruit par tous ceux qui prendront intérêt à l'étude des pleurésies purulentes.

Contribution a l'étude des accidents déterminés par les injections hypodermiques et principalement par les injections mercurielles, par E. Daniel. — Thèse de Paris.

Il n'est plus nécessaire de faire ressortir les avantages de la médication hypodermique : les effets sont plus prompts que lorsqu'on agit par la voie stomacale et on ne risque pas de fatiguer un organe parfois délabré en lui faisant absorber des substances souvent irritantes.

Malheureusement à côté de ces avantages il est des inconvénients tels que douleurs, gonflement inflammatoire, abcès, lymphangite, qui doivent être considérés comme résultant d'une pénétration insuffisance de l'aiguille ou de la nature du médicament employé ou de la condition morbide du sujet ou de l'inobservance rigoureuse des règles de la méthode aseptique.

Si toutes les injections sous-cutanées sont dangereuses dans certaines circonstances et en particulier lorsqu'il existe de la névrite, ainsi que M. Dujardin-Beaumetz le rappelait il y a encore peu de jours à la tribune de l'Académie, il n'empêche que le manque d'asepsie est la principale cause des accidents observés.

Et ce que nous disons des injections hypodermiques en général s'applique aux injections mercurielles en particulier. Ces dernières, quelle que soit la composition employée, exigent de l'habitude et une grande attention ; il faut en ménageant autant que possible le tissu graisseux du pli sous-cutané enfoncer la canule jusque dans le tissu sous-cutané pour que le liquide arrive seulement dans ce district et ne retirer la seringue et lâcher la peau que lorsque tout le contenu de l'instrument a été injecté.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi de la digitaline cristallisée. (*Soc. de thérapeutiq.*, 13 avril.)

M. Adrian propose une solution au millième dans un milieu, ainsi composé :

Alcool	205 grammes.
Eau distillée	740 —
Sucre	55 —

Un milligramme de digitaline dissoute dans 10 gr. de cette solution donne, une solution dont chaque centimètre cube qui pèse 1 gramme et donne 40 gouttes au compte-goutte calibré de Salleron, corresponde à 1/10 de milligramme de digitaline.

Pilules contre la constipation

Extrait de noix vomique	ãã 0 gr. 2
Extrait de belladone	
Podophyllin	0 gr. 36
Aloès pulvérisé	0 gr. 8

p. f. s. a. pilules, n° 12.

S. — A prendre une pilule tous les soirs au moment du repas. (*Journ. de méd. de Paris*, 16.)

Formulaire du bromure de strontium (Bardet).

Le bromure et l'iodure de strontium se prescrivent de la même manière que les mêmes sels de potassium et de sodium, mais avec cette différence qu'on peut sans crainte élever les doses avec les sels de strontium. C'est ainsi qu'on peut donner 8, 10 et 15 grammes de bromure sans arriver, comme avec le bromure de potassium, à de l'intolérance gastrique.

Sirop de bromure de strontium.

Sirop d'oranges douces	150 gr.
Sirop d'oranges amères	150 —
Bromure de strontium pur	30 —

Chaque cuillerée à café renferme 1 gramme de bromure.

Solution d'iodure de strontium

Eau distillée	300 gr.
Iodure de strontium pur	20 —

Chaque cuillerée à bouche renferme 1 gramme d'iodure.

Le lactate de strontium s'administre en solution on en potion à la dose de 6 à 10 grammes par jour, le nitrate se prescrit dans le rhumatisme articulaire. Voici la formule de C. Paul :

Solution de lactate de strontium.

Lactate de strontium pur	50 gr.
Eau distillée	250 —

Chaque cuillerée à bouche renferme 3 grammes de lactate.

La dose de nitrate peut être portée à 15 grammes et plus par jour. (*Journ. de méd. de Paris*, 13.)

Démangeaisons.

Mélange :

Menthol	4 grammes.
Alcool	30 —
Eau	60 —
Acide acétique	150 —

Appliquer au moyen d'une éponge.

(*Med. Mod.*, 1892, 10.)

Traitement de la chorée.

Pour M. Baumel, les choréiques sont des malades prédisposés par l'anémie, chez lesquels les excitations que produit le travail de la dentition et principalement l'évolution des grosses molaires de 6 à 14 ans, déterminent la chorée. L'anémie serait la cause prédisposante, l'évolution dentaire la cause occasionnelle.

Le professeur de Montpellier prescrit :

Bromure de potassium	1 gr. 50 à 2 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 —
Eau	90 —

pour une potion à prendre dans les vingt-quatre heures.

Il ajoute :

1° Fer réduit par l'hydrogène, 5 centigrammes matin et soir aux repas.

2° Décoction de quinquina, 20 grammes matin et soir dans une tasse de lait sucré.

(*Nouveau Montpellier médical.*)

BULLETIN

SUR L'ORIGINE BACTÉRIENNE DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE. — LA CONTAGIOSITÉ DE L'ÉRYSIPÈLE. — LES INFLAMMATIONS PÉRICÆCALES. — SUR UN PROCÉDÉ DE RENFORCEMENT DES BRUITS DU COEUR.

Depuis la mémorable discussion qui a eu lieu devant la Société médicale des hôpitaux, il y a plus de vingt ans, au sujet de la nature du rhumatisme blennorrhagique, un grand nombre de travaux ont été publiés d'après lesquels on pourrait croire que l'histoire de cette maladie est désormais complète et qu'il n'y a plus rien à y ajouter. Une pareille opinion est cependant loin d'être justifiée, et on constate la même incertitude que par le passé quand on aborde la question de l'étiologie et de la nature intime, quand on cherche à déterminer exactement le mécanisme qui rattache les manifestations articulaires ou séreuses à l'affection blennorrhagique. Dire que cette variété de rhumatisme est de nature infectieuse, ce n'est pas résoudre le problème, c'est seulement exprimer une idée générale, vraisemblablement juste, mais qui ne représente pas à elle seule la solution de tous les desiderata entrevus par l'esprit. Dans cet ordre de faits, il reste au contraire beaucoup à explorer et à découvrir avant que nous soyons en possession d'une théorie plausible et par conséquent définitivement acceptable.

Les recherches faites dans ces derniers temps fourniront-elles la réponse désirée? Nous voudrions pouvoir sur ce point nous prononcer affirmativement, mais ce serait simplement escompter un résultat qui paraît encore bien éloigné. Pourtant il est opportun de citer ici quelques travaux récents qui semblent avoir fait avancer la question, et en particulier celui que M. L. Jacquet a communiqué dernièrement à la Société de dermatologie. Après avoir décrit minutieusement certaines altérations du pied, et fait ressortir l'importance de ces lésions, assez caractérisées pour justifier le surnom de *pied blennorrhagique*, M. L. Jacquet émet l'opinion que la pathogénie de l'arthrite blennorrhagique n'est pas univoque et simple, comme on l'a enseigné jusqu'ici, mais qu'elle doit être multiple et complexe.

A côté de l'action propre au gonocoque, action qui semble s'exercer par l'intermédiaire de l'adultération du sang, il faudrait placer l'influence du système nerveux dont l'intervention pourrait seule expliquer le développement et la longue durée de certains accidents éloignés qui se perpétuent après la guérison de l'écoulement uréthral et peuvent même apparaître longtemps après. L'explication tirée de l'infection gonococcique généralisée ne saurait convenir à ces cas, plus fréquents peut-être qu'on ne l'a cru jusqu'à présent: d'autant que M. Jacquet a pu s'assurer par des examens bactériologiques réitérés que le gonocoque fait souvent défaut dans les sécrétions des séreuses et des articulations enflammées. On peut conclure de là que l'origine et la nature de l'affection dite rhumatisme blennorrhagique sont encore très peu connues, et que tout n'est pas dit quand on a signalé sa relation chronologique habituelle avec l'affection uréthrale.

En définitive, on retrouve ici les mêmes inconnues que lorsqu'il s'agit du rhumatisme articulaire aigu, vulgaire, à localisations séreuses et viscérales si remarquables. Les théories formulées concernant la nature de cette dernière maladie ne sont guère sorties du domaine de l'hypothèse, et notre savoir en ce qui la concerne n'est à peu près complet que sur le terrain de la clinique pure. Ce rapprochement ne devra point d'ailleurs être interprété dans le sens de réflexion sceptique et décourageante: il a seulement pour but de montrer, une fois de plus, que l'interprétation des phénomènes morbides est chose variable, et qu'elle doit se modifier et s'élargir au fur et à mesure des progrès de la science et des enseignements de l'observation. Peut-être est-ce dans la voie indiquée par le travail précédent que l'on trouvera un jour la solution du problème visé?

— La Société médicale des hôpitaux a continué la discussion précédemment ouverte au sujet de la *contagiosité de l'érysipèle*. Cette notion de contagiosité a été plutôt affirmée que diminuée, et dans tous les cas elle nous paraît devoir sortir du débat entière et généralement incontestée. Il n'y a pas eu ici cette diversité et cette contradiction que l'on retrouve si souvent, même lorsqu'il s'agit des doctrines médicales en apparence les mieux établies. Aussi devrons-nous continuer comme par le passé à isoler nos érysipélateux, et ce faisant, nous nous conformerons simplement aux traditions de sagesse et de bon sens de la médecine française. On peut encore faire ressortir de la récente discussion une remarque thérapeutique qui a bien son importance: savoir l'utilité des applications antiseptiques locales dans le traitement de l'érysipèle. MM. Sevestre et Galliard ont cité des faits qui établissent suffisamment cette efficacité. Dans un autre ordre d'idées, les bains froids paraissent avoir donné aussi des résultats encourageants. Nous croyons donc que le traitement de l'érysipèle n'est peut-être point chose absolument vaine, comme l'ont déclaré nombre d'observateurs éminents. On peut même espérer qu'il bénéficiera à l'avenir du perfectionnement de nos connaissances concernant la nature et l'origine bactérienne de cette maladie. Il faut peut-être chercher dans les progrès déjà réalisés de ce côté le secret de sa gravité décroissante, qui s'affirme par l'amélioration de plus en plus sensible des statistiques où sa mortalité est enregistrée périodiquement.

— A la dernière séance de la Société de chirurgie, la question des inflammations péricæcales et de l'appendicite a fait les frais d'une discussion nouvelle, motivée surtout par l'incertitude qui règne encore dans la détermination des indications opératoires applicables à cette catégorie d'inflammations. Cette question nous intéresse également, nous médecins, à des titres un peu différents, il est vrai, mais qui ne le cèdent en rien à ceux que nos confrères invoquent pour justifier leur immixtion dans ce domaine. Nous avons cru remarquer, au milieu du choc des opinions plus ou moins contradictoires, une tendance assez marquée chez la majorité des chirurgiens à préconiser l'intervention précoce; même quelques-uns d'entre eux se prononcent hardiment pour l'intervention *à froid*, celle que l'on pourrait appeler préventive et dont l'opportunité a pour elle la sanction de plusieurs succès récents. Nous retrouvons ici des opinions tout à fait comparables à celles qui d'ores et déjà règlent la conduite de beaucoup de chirurgiens dans le traitement des inflammations pelviennes chez la femme (périmétrite, salpingite). Sans vouloir entamer la discussion d'un sujet qui dépasse notre compétence, nous dirons que la condition essentielle du succès, ici comme ailleurs, doit résider dans l'établissement d'un bon diagnostic préalable. Or, cette condition est actuellement encore difficile à réaliser, par suite

de l'imperfection de nos connaissances relatives à l'étiologie et à l'évolution des altérations locales qui engendrent les inflammations péricæcales. Il y a certainement de graves causes d'erreur, soit au point de vue du diagnostic, soit à celui de l'appréciation pronostique : entre autres, l'insidiosité du début et le développement à peu près latent de certaines suppurations, circonstances qui entretiennent une fausse sécurité dans l'esprit du médecin, naturellement enclin à des atermoiements dont il ne sort que contraint et forcé par l'aggravation évidente des symptômes. L'intervention des chirurgiens dans le débat aura eu l'avantage incontestable de mettre en lumière ce côté encore peu connu des inflammations péricæcales. Elle nous a préparé ainsi à accepter l'opération, en dehors même des circonstances où elle paraît urgente et indispensable, comme le seul moyen véritablement décisif vis-à-vis d'une nombreuse catégorie de malades.

— Nous devons dire quelques mots d'un nouveau procédé clinique, récemment décrit par M. Azoulay, procédé qui aurait pour but de renforcer temporairement les bruits du cœur et d'en augmenter ainsi à la fois l'intensité et la netteté, de manière à faciliter l'interprétation des signes fournis par l'auscultation. Ce procédé, fort simple, réside tout entier dans une attitude particulière que l'on impose au sujet et qui consiste à mettre le tronc dans une position parfaitement horizontale, la tête et les quatre membres étant relevés le plus possible, de façon à se rapprocher de la verticale. Sous l'influence de cette attitude spéciale du corps, la circulation du système veineux est accélérée et le sang afflue vers le cœur : il en résulte pour cet organe une augmentation de pression intérieure qui, suivant une loi bien connue, a pour effet de ralentir ses battements et d'exagérer simultanément la force de ses contractions. Or, cette condition est précisément très favorable à l'accentuation et à la mise en relief des bruits pathologiques normaux qui se révèlent ainsi avec une intensité particulière, plus grande que celle fournie par les autres procédés. L'auteur a tiré parti de ce fait au point de vue de l'auscultation, et il affirme que le diagnostic des différentes cardiopathies valvulaires ou myocardiques devient par ce moyen à la fois plus facile et plus précis. C'est ainsi que les cas douteux d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral gagneraient à être examinés dans la position indiquée par lui. Il en serait de même pour certains phénomènes périphériques, d'une constatation souvent malaisée, comme le double souffle crural et le pouls capillaire visible, sur l'existence et la valeur desquelles on voit s'élever journellement des contestations. Nous laisserons à M. Azoulay la responsabilité de ses affirmations, tout en reconnaissant que sa méthode a pour elle une certaine présomption de vraisemblance, et qu'elle se présente avec l'apparence d'un raisonnement suffisamment logique et rigoureux. Quoi qu'il en puisse advenir, on devra lui tenir compte des efforts qu'il a faits pour enrichir la séméiotique du cœur d'un moyen d'exploration auquel on ne peut refuser ces deux avantages très appréciables : simplicité parfaite, innocuité absolue.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

XIe Congrès international de médecine, Rome 1893. — Le dixième Congrès international de médecine, qui a eu lieu à Berlin en 1890, a proclamé Rome comme siège du Congrès de 1893, et M. Rudolf Virchow, en transmettant la Présidence à M. le prof. Guido Baccelli, a exprimé ses meilleurs souhaits pour la prochaine réunion de tant de savants illustres.

Les Présidents des Facultés de médecine, des Académies et des Instituts scientifiques, avec les personnalités les plus éminentes du corps médical italien, se sont réunis à Rome pour jeter les bases de ce *Congrès*, et M. Guido Baccelli a été élu, par acclamation, *Président Général*; M. le prof. Edoardo Maragliano, de Gênes, *Secrétaire Général*; M. le Comm. prof. Pagliani, directeur de la santé publique du Royaume, *Trésorier*; M. le Comm. Ferrando, chef de Division au Ministère de l'Instruction publique, *Administrateur*. Ont été élus en même temps, par scrutin, les Comités organisateurs des XIV sections suivantes, qui correspondent à la répartition des travaux scientifiques du Congrès :

I. Anatomie.
II. Physiologie.
III. Médecine clinique.
IV. Gynécologie.
V. Pathologie générale et Anatomie pathologique.
VI. Pharmacologie.
VII. Chirurgie et Orthopédie.
VIII. Psychiatrie et Nevropathologie.
IX. Ophthalmologie.
X. Dermosyphilopathie.
XI. Médecine légale.
XII. Hygiène.
XIII. Laryngologie et Otologie.
XIV. Médecine et Chirurgie militaires.

Le Comité central vient d'élire les Comités étrangers, qu'il est convenu d'instituer dans tous les pays afin que le Congrès soit digne des précédents et de la ville de Rome.

L'époque choisie dès à présent, pour l'ouverture du Congrès, est le mois de septembre, c'est-à-dire la saison où la Capitale offre un climat riant et splendide dans tout l'éclat de ses charmantes attractions.

Tous les travaux préparatoires se poursuivent avec ardeur et aboutiront certainement à un succès complet.

N. B. — On prie de vouloir bien diriger toute correspondance n'ayant pas de caractère réservé pour M. le Président, à M. le Secrétaire général du onzième Congrès international de médecine, prof. E. Maragliano, Clinica Medica Ospedale di Pammatone, Genova (Italie).

NOUVELLES

Facultés de médecine. — CONCOURS D'AGRÉGATION EN ANATOMO-PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — La première série des épreuves du concours d'agrégation, pour les sciences accessoires, vient de se terminer. Sont déclarés admissibles :

ANATOMIE. — *Paris* : MM. Jonnesco, Pilliet et Sébileau. — *Bordeaux* : MM. Cornil, Princeteau et Mouret. — *Lille* : MM. Curtis, Laguesse et Mouret. — *Nancy* : MM. Monret et Prenant.

PHYSIOLOGIE. — *Lille* et *Toulouse* : MM. Abelous et Bédard,

Histoire naturelle. — *Paris* : MM. Chauveau, Heim et Dewevre. — *Lyon* : MM. Dewevre, Heim et Roux. — *Montpellier* : MM. Dewevre, Heim et Planchon.

Service de santé militaire. — Élève en pharmacie. — Conformément à l'article 1er du décret du 14 novembre 1891, un concours s'ouvrira le 7 novembre 1892, à 8 heures du matin, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission aux emplois d'élève en pharmacie du service du santé militaire.

Sont admis à concourir :

Les étudiants ayant accompli leur année de service militaire et étant, au moment du concours, en possession d'un stage officinal régulier de deux ans au *minimum* ou de quatre ou huit inscriptions de scolarité valables pour le grade de pharmacien de 1re classe, et ayant satisfait aux examens de fin d'année.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu au 1er janvier 1892 :

Moins de 23 ans pour les élèves ayant deux années de stage;
Moins de 24 ans pour les élèves ayant quatre inscriptions ;
Moins de 25 ans pour les élèves ayant huit inscriptions ;

3° Avoir fait constater qu'ils sont toujours aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 13 juin 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le Dr Flaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Lannois, ancien pharmacien de deuxième classe de la marine, pharmacien universitaire de première classe.

Faculté de medecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de février et mars* (*année scolaire* 1891-1892). — Roudié : Etude sur le sarcome du nerf optique. — Binaud : De l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale. Anatomie pathologique ; aperçu pathogénique et tableau clinique ; traitement. — Foix : Contribution à l'étude de l'adéno-lymphocèle. — Dallas : De la mortalité par la coqueluche. — Michaud : Traitement électrique de la névralgie sciatique. — Le Denmat : Contribution à la géographie médicale ; notes et observations recueillies aux îles Saint-Pierre et Miquelon (1884-1888). — Ferraud : Contribution à l'étude de certains états pathologiques ayant une influence sur le développement intellectuel des enfants en cours d'éducation. — Lafitte : Contribution à l'étude médicale de la Tunisie : climatologie, hydrographie, ethnographie, flore, faune, maladies prédominantes.

Subventions aux dispensaires de Paris. — La Commission municipale de l'Assistance publique a décidé d'allouer, sur le crédit de 50.000 francs destiné à la création de dispensaires pour enfants malades, une somme de 26.000 francs que l'on répartirait de la manière suivante :

5.000 francs à la Société du dispensaire gratuit du Xe arrondissement pour enfants malades et nécessiteux ;

5.000 francs à la Caisse des écoles du XIe arrondissement, pour fondation d'un dispensaire rue Saint-Bernard, 33 ;

6.000 francs à la Société du dispensaire gratuit du XVe arrondissement, pour construction d'un nouveau dispensaire ;

5.000 francs à la Caisse des écoles du XIXe arrondissement, pour la création d'un dispensaire rue Jomard, 5 ;

5.000 francs, pour frais d'installation, à la Société de bienfaisance du dispensaire de Belleville, boulevard de Belleville, 124.

Les 24.000 francs de surplus sont mis en réserve et sont destinés à donner satisfaction aux demandes des IVe, XIIe, XIIIe, XVIIe et XXe arrondissements.

Hôpital Broca. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 12 juin 1892, a décidé que l'hôpital de Lourcine s'appellera désormais « hôpital Broca » et recevra les malades de toutes sortes, et non plus exclusivement des femmes syphilitiques.

Hotel-Dieu. — M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera le 21 juin, à 4 h. 1/2 du soir, ses leçons sur les affections de l'appareil génital de la femme, d'origine obstétricale.

1° Affections inflammatoires.

2° Lésions traumatiques et déviations.

Pathogénie ; étude clinique ; Thérapeutique.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2 à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Bichat).

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 19 juin, à 10 heures du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Epidémie de dysenterie à Rambervillers, contamination des eaux de boisson ; propagation de la maladie par l'usage des eaux contaminées. Rapport au préfet des Vosges, par MM. les Drs Lardier et Pernet. Rambervillers, imprimerie Biller, 1892.

G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

De la péritonite blennorrhagique chez la femme (périmétrite, périsalpingite), par le Dr Paul Charrier, ancien interne des hôpitaux.

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Etudes sur les délires des systématisés, par le Dr A. Marie. — Grand in-8° de 140 pages avec figures. Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 5 au 11 juin 1892

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 36. — Scarlatine 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 26. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 38. — Tumeurs cancéreuses et autres, 36. — Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë et chronique, 52. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 69. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 148. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 5. — Total 1048

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GÉNÉRALE

DES RECHERCHES RÉCENTES SUR L'ORIGINE PANCRÉATIQUE DU DIABÈTE,

Par H. Barbier.

I

On sait que M. Lancereaux a été un des premiers à distinguer dans le groupe des diabètes deux formes : l'une *diabète gras*, — d'origine arthritique, à symptômes atténués, compatible avec une longue survie, caractérisée par l'absence de l'amaigrissement chez les malades ; l'autre, *diabète maigre* — à début brusque, à marche rapide, à symptômes graves, amenant rapidement l'émaciation et la mort, soit par consomption, soit par phthisie pulmonaire. On ne trouve dans ce dernier aucun trait d'union entre le diabète et l'arthritisme, mais on constate des altérations constantes du pancréas. De là, la conclusion que le diabète est dû à une altération du pancréas. Cette théorie avait été reprise et étendue en 1881 et en 1882 par M. Beaumel ; mais il invoqua pour l'expliquer une insuffisance dans la sécrétion du *suc pancréatique* — ferment diastasique saccharifiant — amenant une transformation incomplète des matières amylacées et, secondairement, l'excès de glycogène dans l'organisme. Or, nous verrons qu'il n'y a aucun rapport entre le *suc pancréatique* et ce que depuis les travaux de M. Lépine on appelle le *ferment glycolitique*.

Cette distinction capitale, à laquelle M. Lancereaux était arrivé par la clinique et par l'anatomie pathologique (1), allait recevoir une sanction éclatante des recherches expérimentales. Mais avant d'aborder les *théories* qui ont été émises sur celle-ci, voyons d'abord les *faits* sur lesquels elle repose.

Laissant de côté les expériences préliminaires de Schiff, qui en injectant de la paraffine dans le canal de Wirsung, et de M. Arnozan, qui, en liant le canal excréteur du pancréas n'observèrent aucune glycosurie, nous pouvons dire que l'expérience fondamentale, où fut mise pour la première fois en évidence l'importance du pancréas dans l'apparition du diabète, fut celle désormais classique de V. Mering et Minkowski (2). Ces auteurs purent mettre en évidence les points suivants :

1. — L'extirpation du pancréas provoque une glycosurie qui débute quelques heures après l'opération, et dure jus-

(1) On trouvera dans une revue très bien faite de mon excellent collègue et ami Laffitte, des renseignements sur les observations qui ont précédés celle de M Lancereaux. Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, n° 1.

(2) *Archiv. f. experim. Patholog.*, Bd XXVI, 1889.

FEUILLETON

L'HYGIÈNE ET L'ASSISTANCE PUBLIQUES A BARCELONE (1)

(*Suite et fin*) (1).

J'ai dit que le Dr Ferran avait, à Tortose, puis à Valence, recherché autrefois un moyen prophylactique contre le choléra. Envoyé par la ville de Barcelone, et à raison même de ses travaux spéciaux fort remarqués, pour étudier à Marseille l'épidémie qui régnait dans cette ville, il en était revenu convaincu qu'il pouvait trouver un vaccin contre le choléra, et il s'était livré à la culture du bacille de Koch.

Ses vaccinations très nombreuses, accueillies d'abord avec enthousiasme, faites impunément sur des individus de bonne volonté, attirèrent l'attention publique ; mais, d'un autre côté, la méfiance ou, au dire des adversaires de Ferran, le souci de la santé dublique, arrêtèrent le cours de ces opérations. Des notes envoyées par Ferran à l'Académie des sciences, en mars 1885, en vue du concours pour le prix Bréant (guérison du choléra), furent à peine lues, malgré les détails qu'elles renfermaient.

Etaient-elles ignorées de la Commission française, qui vint à Valence faire une enquête, ou ne furent-elles pas acceptées par elle ? Toujours est-il qu'à propos du mot de « secret » prononcé par le Dr Ferran, bien qu'il prétende que ses « notes » prouvaient qu'il n'y en avait aucun, il y eut froissement entre la Commission et le médecin espagnol.

Les inoculations furent condamnées, les procédés de cultures furent trouvés incomplets, l'outillage de laboratoire fut considéré comme primitif, alors que le Dr Ferran et ceux qui ont exposé ses doctrines, Espagnols, Français, Portugais, soutiennent que ses recherches, bien qu'entreprises avec des instruments simples mais suffisants, étaient concluantes, que les statistiques de ses 50 000 vaccinations étaient loyales, bien contrôlées, facilement vérifiables, que les prétendus insuccès arrivés dans certain couvent de Valence, ne prouvent rien contre l'efficacité d'une vaccination d'ailleurs non nocive.

Quiconque a causé avec Ferran, quinconque l'a entendu exposer

(1) Voir les numéros 23, 24 et 25.

qu'à la mort de l'animal; c'est donc une *glycosurie permanente*, fait important dans l'ordre des glycosuries expérimentales obtenues jusqu'à ce jour.

2. — En même temps qu'elle, les animaux en expérience, quand ils survivent à l'opération qui est très grave, accusent de la polydipsie, de la polyurie, de la polyphagie; et, malgré qu'on satisfasse celle-ci, de l'amaigrissement et une faiblesse progressive.

3. — On note une hyperglycémie et une disparition du glycogène dans les organes.

4. — Les urines renferment dans certains cas de l'acétone et de l'acide diacétique et oxylbutivique, comme celles des diabétiques hommes.

5. — L'absorption d'une dose de glycose augmente proportionnellement celle des urines, il en est de même des substances hydrocarbonées.

Comme on le voit, la ressemblance de ce diabète expérimental avec le diabète ordinaire était frappante.

A ces premières données, M. Minkowski ajouta bientôt celle-ci (1).

6. — L'extirpation incomplète du pancréas n'amène pas un diabète aussi radical, mais un état voisin des formes bénignes chez l'homme, c'est-à-dire que la glycosurie n'apparaît qu'à l'occasion d'un régime hydrocarboné pour s'atténuer ou disparaître avec un régime carné.

Ces résultats furent confirmés par les expérimentateurs, du moins en partie, M. Lépine en 1889, MM. Arthaud et Butte (2), Hédon en 1890 (3) observèrent les mêmes phénomènes chez les chiens à qui ils avaient enlevé *tout le pancréas*. La glycosurie atteignait 50 pour 1000; les symptômes ordinaires du diabète étaient constants, y compris l'*azoturie*.

J'insiste en passant sur ce point parce que des expériences de M. Hédon (4), il résulterait que la glycosurie n'est pas la note dominante des troubles qui suivent l'ablation du pancréas.

Dans certains cas où cette ablation fut partielle, mais complétée par une injection de paraffine dans le canal de Wirsung, M. Hédon put observer avec une glycosurie intermittente, une *azoturie qui persistait*, — quoique diminuée, — *lorsque l'animal était soumis au jeûne*, preuve que l'ablation du pancréas était suivie chez lui d'un trouble profond de la nutrition qui se manifestait par une *azoturie* et une *phosphaturie* remarquables. La mort dans ces circonstances venait moins vite, mais les animaux succombaient en plusieurs mois à une cachexie progressive.

Tous les observateurs que nous venons de citer s'accordent sur un point, sur lequel je crois devoir encore insister, car il peut rendre compte des résultats différents ou inégaux obtenus par d'autres; ce point particulier, c'est qu'il faut pour *réaliser le type diabète glycosurique grave, que tout le pancréas soit enlevé*. La moindre parcelle de glande restée en communication avec l'organisme (un fragment d'un gramme dans un cas de M. Hédon) suffit pour que la glycosurie n'apparaisse pas ou soit intermittente (1).

Ce fait n'a pas lieu de nous surprendre, si on le compare aux phénomènes semblables, qu'on observe dans la cachexie myxœdémateuse, après l'ablation incomplète de la glande thyroïde.

Est-ce à cette faute opératoire qu'il faut attribuer les résultats moins constants fournis par M. de Dominicis (de Naples) (2), et MM. Renzi et Reale (3)? La chose est possible, et c'est à cette opinion que se rallie Minkowski dans un travail récent (4).

Quoi qu'il en soit, contrairement aux glycosuries passagères obtenues jusque-là expérimentalement, l'extirpation du pancréas, telle que l'ont réalisée von Mering et Minkowski,

(1) *Centralbl. f. klin. Med.*, 1890, n° 5.
(2) Société de biologie, 25 janvier 1890.
(3) Société de biologie, 25 octobre 1890 et *Arch. de méd. expérim.*, 1891.
(4) Voir aussi *Arch. de med. expérim.*, 1891, I, 2 et 3, et *Arch. de physiologie*, octobre 1891.

(1) Le travail de M. Minkowski contient en plus ce fait intéressant qui montre encore mieux les analogies existant en pathologie entre les différents troubles glandulaires: après avoir extirpé le pancréas à un chien, Minkowski (loc. cit). montre qu'on peut empêcher le diabète expérimental si on greffe des fragments de glande pancréatique dans la cavité abdominale de ce chien.
(2) *Munchener med. Woch.*, 1891, n°s 41 et 42.
(3) Congrès de Berlin. *Wien. med. Woch.*, 1891, n° 33. — Signalons aussi les expériences contradictoires de MM. Rémond (de Metz); Marinesco et Chaput.
(4) *Berliner klinische Woch.*, 1892, n° 5.

---

ses doctrines, on a lu ses travaux, sent qu'il a en face de lui homme de conviction, un travailleur sérieux et sincère.

L'avenir dira si on a eu raison de condamner les travaux et de contredire les assertions du médecin de Tortose, qui soutient qu'elles reposent sur 50.000 vaccination authentiques.

Ce qu'il a fait pour le choléra, il l'a fait pour la rage. Imbu des idées de Pasteur, très au courant de ses doctrines, grand admirateur de son génie, il a voulu prendre part à cette lutte contre la rage, qui est la dernière et glorieuse étape de la vie scientifique de notre illustre compatriote.

J'ai entendu Ferran discuter les deux méthodes employées par Pasteur, la simple et l'intensive, aussi bien dans leur origine que dans leur signification et leur efficacité; mais il a, de son côté, trouvé une méthode personnelle, dont il m'a expliqué le sens et l'application faite devant moi.

Je n'en dirai qu'un mot, n'ayant pas l'intention, vu mon incompétence, de décider ici, pas plus que je ne l'ai fait à propos des inoculations anti-cholériques, qui a raison, de Ferran ou de ses adversaires au nombre desquels, je puis citer Chantemesse l'un des travailleurs de l'Institut Pasteur, avec qui je me suis entretenu de la méthode Ferran.

Cette méthode repose sur les données suivantes: Ferran injecte, pour combattre la rage, non pas des particules de moelle de lapin à divers degrés de dessiccation, en allant de la plus séchée à la plus fraîche, mais un cerveau de lapin rabique émulsionné et réparti en 25 ou 30 doses. D'après lui, il y a dans cette émulsion vingt fois plus de matière active que dans les émulsions de moelles employées par Pasteur. Or, tandis que les petites doses de virus rabique de lapin sont mortelles pour les chiens et les grandes personnes, les doses massives, tout en étant inoffensives pour ces deux classes d'êtres, leur confèrent l'immunité contre la rage.

Ainsi, dit-il, si on inocule 15 à 20 gouttes d'émulsion virulente à un chien, ce chien meurt. Si, au contraire l'animal est préalablement inoculé par l'émulsion entière (dose massive), non seulement il résiste à cette introduction, mais encore, il est vacciné, vis-à-vis de cette petite dose de 15 à 20 gouttes, qui, je viens de le dire, est mortelle. Ferran tient un registre du très grand nombre de chiens sur lesquels il a fait ces diverses expériences.

Depuis le 1er janvier 1888, il ne trépane pas, comme le fait Pas-

Lépine, et Hédon (1), provoque une glycosurie permanente, avec azoturie, s'accompagnant des phénomènes satellites habituels du diabète vrai : la polydipsie, la polyphagie, etc., phénomènes amenant la mort rapide de l'animal.

Si l'on n'avait pas sous les yeux le diabète maigre de Lancereaux, il faut avouer qu'on en était bien près.

Dans son nouveau travail (*loc. cit.*) Minkowski a montré plus nettement encore que ses devanciers l'influence de l'alimentation sur la quantité de sucre éliminé, principalement dans les cas où l'extirpation a été incomplète. Il a constaté qu'avec une alimentation exclusivement azotée, il existe un rapport constant entre l'azote ingérée et le sucre éliminé : pour 1 d'azote on trouverait 2,7 à 2,8 de sucre dans l'urine. Minkowski pense que ces chiffre donneraient la proportion suivant laquelle l'albumine contribuerait dans l'organisme à la formation du sucre. Celui-ci dans tous les cas représenterait tout le sucre formé, dont aucune partie ne se transformerait dans l'organisme.

Mais ceci sort de la catégorie des faits expérimentaux purs que nous aurons pour but d'exposer dans ce chapitre.

(*A suivre.*)

CHIMIE BIOLOGIQUE

ALBUMINURIE MAGNÉSIENNE CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ HYPERACOUSIQUE

Par le Dr J. Gaube (du Gers).

Le rôle de la matière minérale dans l'organisme était resté obscur; quant au rôle du magnésium il était jusqu'ici inconnu. Or, dans l'ordre des vertébrés, le magnésium est la dominante minérale de la cellule nerveuse en activité, que cette activité soit physiologique ou pathologique.

Les nombreuses analyses sur lesquelles s'appuient nos affirmations, trouveront leur place dans un travail ultérieur, en commun avec M. Alb. Robin.

Il y a dans tout organisme vivant, végétal ou animal, deux dominantes minérales : une dominante d'état et une dominante de fonction. Les dominantes d'état sont les dominantes sur lesquelles reposent un système, une colonie cellulaire déterminés : la chaux au milieu de laquelle vivent les éléments anatomiques de l'os ; la potasse au milieu de laquelle vivent les cellules nerveuses ; la dominante de fonction pour la cellule nerveuse c'est le magnésium.

Certains champignons : la truffe ; certains végétaux : le chataignier, certains animaux : le cheval, tous les herbivores, mais le cheval principalement, sont magnésiens ; la fonction magnésienne chez ces différents êtres est parallèle à la fonction magnésienne chez l'homme, seulement la répartition de la magnésie est diverse.

La nécessité de la magnésie pour les centres nerveux en activité ressort nettement des comparaisons suivantes : chez un animal entier, la moelle épinière, le renflement lombaire, contient plus de magnésie que le cerveau ; chez un animal de même espèce, la magnésie s'accumule dans le cerveau, après la castration :

Moelle épinière fraîche de mouton :

Magnésie.......... 0,537 0/00

Cerveau frais de mouton :

Magnésie.......... 0,650 0/00

Moelle épinière fraîche de bélier :

Magnésie.......... 0,670 0/00

Cerveau frais de bélier :

Magnésie.......... 0,491 0/00

Il existe dix fois plus de magnésie que de chaux dans le cerveau de l'homme sain ; le cerveau possède deux tiers de plus de potasse que de sonde. Le cerveau des herbivores contient plus de magnésie que le cerveau humain.

Analyse d'un cerveau humain.

	gr.	
Charbon..........	31,23	0/00
Chaux..........	0,0254	»
Magnésie..........	0,360	»
Potasse..........	2,580	»
Soude..........	1,090	»

(1) Voyez aussi Hédon : *Nouveau Montpellier médical*, 1892, n° 1.

teur, les lapins auxquels il veut communiquer la rage; à l'aide d'un scarificateur, il fait une érosion sur la cornée de l'animal, y injecte une goutte de l'émulsion qu'il emploie pour les vaccinations; ainsi inoculé l'animal meurt d'une façon régulière, et à peine meurt-il deux jours plus tard que les lapins trépanés.

Quant à l'émulsion, voici comment il la prépare : il met le crâne de l'animal dans l'eau bouillante pendant trente ou quarante secondes, mais il ne dépasse pas ce laps de temps, autrement la chaleur détruirait une certaine quantité de virus et on retomberait dans le danger des petites doses.

Il ouvre le crâne, en retire tout le cerveau, qu'il broie dans un pilon stérilisé, avec tout le soin possible, et dans lequel il a mis du sable à écrire, également stérilisé. Ce broiement divise jusqu'à l'infini la pulpe; il mêle à celle-ci de l'eau stérilisée (25 cc. d'eau pour 5 grammes de matière cérébrale).

Quand le sable a gagné le fond du mortier, Ferran plonge une seringue au niveau de la moitié de la profondeur de l'émulsion, et avec la seringue, il inocule ce qu'elle a aspiré.

Le Dr Ferran s'est assuré que si la vaccine antirabique est introduite dans le tissu musculaire, et non dans le tissu cellulaire souscutané, elle tue au lieu de préserver.

Le Dr Ferran a fait aussi dans son laboratoire des recherches sur la diphthérie, et il a réussi, m'a-t-il dit, à donner à des lapins, à l'aide du bacille de Lœffler cultivé et atténué pendant vingt-quatre heures, l'immunité contre toute inoculation ultérieure de ce bacille. Il a fait des expériences concluantes sur lui, sa femme et son enfant. Ses travaux ont été publiés en avril 1890.

De plus récents ont eu pour objet la vaccination contre la fièvre typhoïde.

S'inspirant des travaux faits dans d'autres laboratoires à l'aide d'inoculations du bacille d'Eberth atténué chez les animaux, il a fait ces inoculations sans produire de grands malaises chez lui-même, chez son assistant le Dr Claramont et chez 18 autres personnes.

On ne peut avoir que des présomptions sur l'efficacité d'une pareille vaccination en cas d'épidémie de fièvre typhoïde, mais il y a lieu d'admirer le courage de ceux qui s'y soumettent et la confiance qu'ils ont dans la science de l'infatigable chercheur.

Dans la statistique que donne Ferran dans son grand travail in-

Analyse d'un cerveau de mouton.

	gr.	
Charbon	30,	0/00
Chaux	0,03424	»
Magnésie	0,650	»
Potasse	2,316	»
Soude	1,444	»

L'abondance de la potasse indique sa prépondérance dans la charpente minérale des centres nerveux, la magnésie vient après la potasse, car la soude est la dominante minérale générale des humeurs (1) chez l'homme. Etant donné que la potasse et la magnésie sont les dominantes de la cellule nerveuse, il semblerait raisonnable d'admettre que dans les troubles profonds du système nerveux, dans les lésions graves de l'encéphale, la potasse s'éliminerait aussi activement que la magnésie et réciproquement; les faits viennent à l'encontre de cette manière de voir comme le prouvent les deux observations suivantes :

Homme âgé de 41 ans, sans antécédents héréditaires connus, d'une bonne constitution apparente. Hypertrophie du centre auditif gauche, hyperacousie chez un dégénéré. (F. Raymond.)

Urines émises en 24 heures... 1.250 cc.

Réaction légèrement acide, pas de glucose pathologique; filtrées, ces urines précipitent par la chaleur; le précipité disparaît par l'addition de quelques gouttes d'acide sans dégager de gaz, pour reparaître moins dense; le malade est donc atteint d'albuminaturie (2) et cette albuminaturie est une albuminaturie phosphatée.

Analyse des urines:

	gr.	
Charbon	4,24	0/00
Chaux	0,067332	»
Magnésie	0,24	»
Potasse	2,2388	»
Soude	3,2582	»

Femme âgée de 65 ans; artério-sclérose; neurasthénie. (Landouzy.) Urines émises en 24 heures 1.100 cc.

Les urines sont acides; souvent elles déposent de l'acide urique; elles ne précipitent pas par la chaleur; elles ne contiennent pas de glucose pathologique.

Analyse des urines:

	gr.	
Charbon	3,45	0/00
Chaux	0,3234	»
Magnésie	0,0620	»
Potasse	2,547	»
Soude	3,250	»

Ce deux urines ont un excédent de matière organique se traduisant par un excès de charbon, ce charbon est en partie produit dans la première urine par l'albumine combinée à la magnésie sous forme d'albuminophosphate de magnésie; dans la deuxième urine l'excédent de charbon provient en partie des acides urique et hippurique.

La matière minérale est au-dessous de la moyenne dans ces deux urines et sa distribution y est remarquable par la rotation qui s'est établie entre la chaux et la magnésie d'une part, la potasse et la soude d'autre part. Dans la première urine on rencontre la magnésie à dose élevée, la chaux en très faible quantité; dans la deuxième urine le rapport de la magnésie et de la chaux reste normal; dans toutes les deux la potasse est abondante et la soude se trouve d'un tiers au dessous de la moyenne. Mais chez la neurasthénique atteinte de nutrition retardante, d'artério-sclérose, la cellule nerveuse se révolte parce que l'irrigation sanguine est insuffisante, de mauvaise qualité; c'est la dominante d'état, la potasse qui s'élimine; chez l'hyperacousique, au contraire, la cellule nerveuse souffre non seulement par la modification de l'irrigation sanguine, mais encore par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel, et la magnésie, dominante minérale de l'activité nerveuse, s'élimine en même temps que la potasse, remplaçant complètement la chaux dans les combinaisons urinaires.

La physiologie et la pathologie sont d'accord pour désigner le magnésium comme support minéral de la cellule nerveuse en activité normale ou morbide.

(1) *Du sol animal*, J. Gaube, du Gers (Acad. des sciences).
(2) Société de biologie, 30 mai 1891-7 mai 1892.

titulé: *Estudios sobre la rabia y su profilaxis*, il déclare avoir vacciné, depuis le 10 mai 1887, jusqu'au 7 juin 1889, 515 individus mordus et ainsi divisés :

Premier groupe. — Individus mordus par des chiens dont la rage a été vérifiée au laboratoire, 117 mordus, 117 vaccinés, aucun mort.

Deuxième groupe. — Individus mordus par des chiens dont la rage a été attestée par des médecins ou des vétérinaires, 126 mordus, 126 vaccinés, 1 mort.

Troisième groupe. — Individus mordus par des chiens soupçonnés de rage, 272 mordus, 272 vaccinés, 1 mort.

Le Dr Ferran m'a raconté toutes les péripéties, tous les déboires que lui ont occasionnés ses recherches, et entre autres choses, ce que lui est arrivé, à l'occasion d'accidents mortels survenus à l'Institut du Dr Bareggi à Milan. Le *Matin* avait publié une dépêche de cette ville disant que 5 morts avaient été causées au dit laboratoire par l'emploi du procédé Ferran. Là-dessus, dépêche de ce dernier à Bareggi, qui répond par la même voie: « Ce sont mes procédés et non les nôtres qui ont tué ces malheureux. Je vous autorise à le publier. »

Naturellement, a ajouté le Dr Ferran, le *Matin* n'a publié ni cette rectification, ni une lettre que je lui ai envoyée.

Et mon aimable et laborieux confrère ajoutait: tout est à l'avenant dans ma carrière scientifique. Il faudrait citer d'ailleurs, la lettre qu'il écrivit au Dr Bareggi, pour consoler celui-ci de cet insuccès retentissant et désastreux. Il y a là une élévation d'idées remarquable et une appréciation triste et sereine des infortunes des chercheurs et des inventeurs, qu'anime l'amour de leurs semblables, mais que ne récompense pas toujours la reconnaissance publique.

Ici se termine le compte rendu de ma mission en Espagne, au point de vue de l'hygiène et de l'assistance. Cette étude est incomplète, sans doute, mais j'ai été entravé dans sa rédaction par l'absence de certains renseignements et de certaines rectifications qu'on avait eu l'obligeance de me promettre, mais qui, malgré de fréquentes réclamations, ne me sont jamais parvenus.

GYNÉCOLOGIE

FAITS CLINIQUES. — CONSIDÉRATIONS ET REMARQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PYOSALPINX

Par le Dr P. R. CHARRIER,
Ancien interne du service chirurgical de gynécologie du Dr S. Pozzi.

(Suite et fin) (1).

L'observation X est un exemple de lésions mixtes probablement d'essence tuberculeuse mais ayant subi une infection blennorrhagique consécutive. Les autres observations, XI et XII, sont également des exemples d'infections conjuguées. L'observation XII est même un type d'infection puerpérale primitive, puis gonococcique et peut-être même chirurgicale. A la suite d'un curettage fait chez une femme ayant déjà des lésions suppurées des annexes, non seulement il n'y a eu aucune amélioration, mais il y a même eu aggravation. C'est d'ailleurs ce que M. Pozzi ne cesse d'enseigner.

Lorsque, par le toucher et le palper combinés, on arrive à constater chez une femme l'existence de collections liquides dans les annexes, comme on ne peut jamais affirmer qu'il ne s'agit pas d'un pyosalpinx, on doit refuser absolument le curettage, qui peut être nuisible et même mortel sans jamais être utile. Nous avons assisté, pour notre part, à un exemple funeste d'un curettage pratiqué chez une femme atteinte de pyosalpinx double, méconnu par l'opérateur à cause des petites dimensions des trompes, malades, à cause de leur indolence, etc. Le diagnostic porté fut endométrite hémorrhagique, salpingite catarrhale, et le curettage fut pratiqué. Treize jours après, la femme succombait à une péritonite purulente généralisée ayant évolué sourdement et silencieusement pendant dix jours et ayant éclaté avec des symptômes évidents, alors que la généralisation des lésions rendait une laparotomie illusoire.

On a publié (*Journal de médecine et de chirurgie de Liège*, nos des 5 et 15 mars 1892) un cas analogue. La mort fut également la conséquence de la rupture de la trompe suppurée et de la péritonite consécutive.

Dans l'observation XII, fort heureusement, il n'en a rien été et une castration par la laparotomie a guéri la malade de lésions anciennes et engendrées par un accouchement septique et des lésions récentes que le curettage avait réchauffées.

OBSERVATION XIII

Pyo salpinx droit non kystique. — Salpingite parenchymateuse gauche. — Ovaire kystique droit contenant kyste du corps jaune. — Ovaire scléro-kystique à gauche. — Ablation des annexes. — Guérison.

B..., Joséphine, femme G..., 32 ans, entrée le 21 octobre 1890, salle A, lit 12.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Réglée à 14 ans, règles toujours régulières et assez abondantes.

1° Grossesse à 20 ans, règles normales, retour de couches au bout de six semaines.

2° Grossesse à 24 ans, retour de couches six semaines après, sept semaines après cette grossesse la malade a fait une chute qui a été suivie de pertes pendant trois jours et de douleurs dans le ventre.

A 25 ans, à la suite d'applications chaudes sur le ventre, grosse perte qui dure huit jours et pour laquelle un médecin appelé diagnostique une fausse couche de trois semaines.

Il y a deux ans, deuxième fausse couche de deux mois à la suite d'une peur.

Depuis ce moment la malade éprouve chaque mois dans l'intervalle des règles des douleurs violentes dans le ventre qui durent deux jours.

Depuis un an, la malade est soignée pour une ulcération au col de la matrice mais sans que le traitement influe en rien sur la diminution des douleurs.

Examen de M. Pozzi Diagnostic. — Double oophrosalpingite parenchymateuse chronique, probablement kystique à droite.

Sous chloroforme. — Utérus en rétroversion, on sent une tumeur qui paraît élastique à droite.

Opération. — Le 14 novembre 1890. Les adhérences de l'intestin à la face antérieure de l'utérus, rendent difficiles la recherche des annexes.

On enlève d'abord la tumeur droite formée par l'ovaire kystique.

Pour le côté gauche on est obligé de mettre la malade dans la position de Trendelenburg, on arrive ainsi à libérer les annexes de leurs adhérences.

Du côté droit la tumeur est formée presque complètement par l'ovaire qui contient un grand kyste. La trompe augmentée de volume (crayon) est contournée; le pavillon est oblitéré. A la coupe, issue de pus blanc crémeux.

Du côté gauche, le pavillon est également oblitéré, la trompe couleur lie de vin est un peu épaissie et ne contient aucun liquide (ancien sac vidé).

L'ovaire, d'aspect tourmenté, présente à la coupe une quantité de petits kystes miliaires et un petit kyste du corps jaune du volume d'un pois.

Suites très bonnes, malgré un peu de désunion de la partie inférieure de la plaie qui d'ailleurs, a bourgeonné et est cicatrisée aujourd'hui.

OBSERVATION XIV.

Ablation des annexes pour pyosalpinx et ovarite suppurée.

G..., Marie, âgée de 30 ans, entrée le 10 novembre 1890, salle A, lit n° 16.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans, régulièrement et sans douleurs ; ni accouchement, ni fausse couche ; pertes blanches depuis longtemps, souffre depuis six mois dans le ventre au moment des époques, douleurs aiguës, s'irradiant dans les reins et les côtés.

Depuis trois mois surtout les douleurs ont augmenté au point que la malade a été obligée de s'aliter ; les pertes blanches ont aussi augmenté et au moment des règles, la malade sent une tumeur se former dans le côté gauche, tumeur qui diminue quand les règles sont terminées.

En examinant cette malade sous le chloroforme, M. Pozzi constate :

Au toucher. — Le col regarde en arrière, à gauche. Le corps est porté en avant à droite, de sorte que l'utérus est en antéro-latéro-version.

(1) Voir les numéros 18, 19, 22, 24 et 25.

Les culs-de sac antérieur et latéral gauche sont occupés par une tumeur ovoïde paraissant fluctuante, et séparée du corps de l'utérus par un sillon; néanmoins la tumeur touche à ce bord de l'utérus, et lui est accolée, quoique séparée. En somme, tumeur *para-utérine*, et *non intra-utérine*.

Le cul de sac postérieur est occupé par une tumeur mollasse présentant un point nettement fluctuant et tout à fait accolée au sacrum. Cette tumeur est séparée de la face postérieure de l'utérus par un espace notable où on peut aisément introduire le doigt. Le diagnostic probable porté par M. Pozzi est le suivant: kyste du ligament large gauche, maladie kystique de l'ovaire droit ou salpingite kystique gauche.

L'opération est pratiquée le 4 décembre, M. Pozzi commence par extraire avec beaucoup de peine les annexes du côté gauche ou du moins ce qu'il croit primitivement être les annexes gauches, en effet, du côté gauche existait; comme il l'avait diagnostiqué, un kyste intra-ligamentaire du volume d'une orange, et il est obligé, pour l'amener à l'extérieur, de le détacher du ligament large qui l'enveloppe en partie. On sait que ces kystes n'ont pas de pédicule et M. Pozzi pour amener l'hémostase pratique un surjet au catgut sur le ligament large gauche dédoublé et saignant.

Passant ensuite à la tumeur qui occupe le cul-de-sac postérieur il s'aperçoit qu'il s'agit des annexes droites et gauches fusionnées ensemble et unies en outre chacune à l'ovaire correspondant qui présentent toutes les deux une disposition intraligamentaire expliquant le kyste enlevé le premier.

Pour extraire cette tumeur M. Pozzi est forcé de déployer une grande énergie tant est grande l'adhérence au sacrum. Pendant ces manœuvres il décolle le rectum qui était uni par ses faces latérales aux deux trompes formant X au-devant de lui.

La ligature des deux pédicules est faite suivant les règles ordinaires, mais à gauche la présence du kyste intraligamentaire rend nécessaire un surjet de catgut au niveau de la corne comme au niveau du ligament large.

L'examen des pièces est très intéressant. Le kyste intraligamentaire renferme un liquide séro purulent. La trompe gauche est suppurée et communique avec l'ovaire du même côté tranformé en poche purulente. C'est probablement cette communication qui rend compte des phénomènes signalés par la malade.

La trompe droite referme un peu de pus également et l'ovaire est semé de kystes dont l'un est rempli aussi de pus.

Le suintement sanguin qui se montre après toutes ces manœuvres est arrêté par un tamponnement de Mickulicz.

Auparavant M. Pozzi examine attentivement le rectum qui a été décollé, comme nous l'avons dit. Il ne constate rien d'anormal.

Le mickulicz est retiré le quatrième jour. Réunion complète le douzième sans aucune suppuration. Suites excellentes sauf un peu de rectite qui se dissipa très rapidement. La malade quitta Pascal le 1er janvier 1891. Revue dans le courant de 1891. elle continue à jouir d'une santé parfaite.

Observation XV

Double laparatomie: première pour abcès pelvien ouvert dans rectum; deuxième pour épiploïte suppurée.

B. Ernestine, entrée le 20 mai 1890 (23 ans).

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Réglée à 15 ans toujours irrégulièrement et douloureusement depuis, néanmoins, jusqu'en 1889 ne s'est pas plainte du ventre.

Au mois d'août de cette année (1889) fièvre typhoïde soignée pendant trois mois à Bichat. Dès le début de cette dothiénentérie, douleurs très violentes, spontanées et provoquées dans le bas-ventre à droite, quitte l'hôpital et quelque temps après commence à souffrir du côté gauche.

Rentre fin novembre dans le service de M. Andhoui à la Pitié, où elle est soignée pour une pélvi-péritonite.

En mars 1890, après avoir eu un peu d'amélioration en février, elle rentre chez M. Balzer. Pendant son séjour dans ce service, elle a évacué du pus par le rectum, elle fut très soulagée; le pus s'est écoulé par cette voie pendant un mois et demi. Elle avait de la fièvre presque tous les soirs; le tracé présente les grandes oscillations de la suppuration.

Elle rentre alors chez M. Pozzi.

La malade est très fatiguée, elle a beaucoup maigri; en somme, état général peu satisfaisant.

Elle souffre beaucoup de douleurs qui siègent dans le bas-ventre; elles augmentent fréquemment d'intensité, ces crises s'accompagnent le plus souvent de vomissements, de petits frissons et d'élévation de la température. Il ne s'écoule plus de pus par le rectum.

L'examen de l'abdomen montre au-dessus de l'arcade crurale, du côté gauche, un état lisse et tendu de la peau faisant une saillie appréciable, une sorte de plateau. Au toucher on sent que cette région est empâtée et le siège d'œdème, c'est un vrai plastron abdominal.

Au toucher vaginal, cul-de-sac latéral gauche effacé et empâté, utérus immobilisé, il est impossible de rien distinguer au milieu de cette induration.

Du côté droit, on sent également que les annexes sont malades, mais en présence des adhérences nombreuses l'examen est des plus difficiles. D'autant plus que les parois abdominales sont peu dépressibles.

Quoi qu'il en soit, il n'était pas douteux que l'on se trouvât devant des tumeurs salpingiennes certainement suppurées et M. Pozzi, après un examen très précis, porte le diagnostic de:

Salpingite gauche suppurée avec péri salpingite, à droite pyosalpingite adhérente dans le cul-de-sac de Douglas. Indication opératoire: laparotomie.

L'opération a lieu le 14 Juin.

Après ouverture de l'abdomen, on constate par l'introduction de la main que le mésocôlon iliaque est adhérent et recouvre une grande poche purulente développée aux dépens de la trompe. L'S iliaque recouvert d'adhérences est adhérent à la paroi abdominale au niveau du plateau abdominal, qui décélait la présence de cette lésion. M. Pozzi décolle ces adhérences et va chercher la poche purulente à travers le mésocôlon. La trompe était placée à ce niveau et dans l'épaisseur du mésocôlon. Grâce à cette boutonnière, M. Pozzi a pu avoir la poche et l'enlever; elle était du volume du poing et s'est rompue pendant l'opération, ce qui a nécessité un lavage du péritoine et un drainage avec de la gaze iodoformée.

Pansement le premier jour, léger suintement; on change les compresses superficielles on enlève le drainage de Mickulicz, le troisième jour, et on tamponne la cavité au salol.

2e jour. Soulagement notable, plus de douleurs latérales, pas de fièvre. La plaie extra-péritonéale donne du pus. Dès lors pansement quotidien.

3e jour. Ictère. Etat subcomateux, la malade délire et ne

reconnaît personne. On enlève le drain de gaze non souillé, ce qui détermine une syncope.

4e jour. On enlève le drain de gaze de la plaie droite, il y avait de la rétention de pus. État des plus précaires. Pas de fièvre.

5e jour. Légère amélioration, l'ictère a disparu, la malade se nourrit mieux. La plaie droite laisse écouler un pus abondant. Drainage avec un tube en caoutchouc. Ablation des fils de soie, la réunion de la plaie semble complète, il ne suinte que peu de liquide par la partie inférieure de la plaie.

6e jour. Peu abondant, pas de température. Lavage avec de l'eau bouillie, qui fait sortir des grumeaux de pus. Ecoulement de pus à la partie inférieure de la plaie médiane. La malade est faible.

7e jour. Désunion de la plaie médiane avec écoulement de pus; il y avait eu la formation d'un abcès qui avait fait souffrir la malade les trois derniers jours. L'issue de ce pus soulage la malade, le pansement iodoformé est repris.

La malade, pendant cinq à six jours, se trouve mieux; vers le 10 juillet, elle accuse à diverses reprises une douleur au niveau de l'hypochondre droit, près du foie. M. Pozzi, en examinant le point douloureux, constate la présence d'une saillie assez volumineuse (poing d'un adulte) fluctuante et se décida pour une deuxième laparotomie exploratrice.

Une seconde laparotomie est pratiquée le 15 juillet, l'incision est faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. On découvre un abcès épiploïque au niveau des dernières fausses côtes droites, en avant du foie. L'épiploon est accolé à la paroi. Il y a là un abcès en nappe avec prolongements qui déborde vers le mésocôlon transverse, ce qui a fait croire à une communication avec le côlon transverse, communication qui n'existait pas d'ailleurs. La fluctuation, sentie sous le doigt péritonéal, indique un abcès dont le pus s'échappe par quelques tractions sur l'épiploon adhérent.

On fait alors une ouverture cutanée de 3 centimètres, verticale, qui donne issue à un pus abondant, on détache alors les adhérences, on nettoie et on cautérise avec le thermocautère.

Drainage des deux orifices. Suture médiane.

Les deux incisions de cette seconde opération sont complètement guéries aujourd'hui, il ne reste à la malade qu'une petite fistulette, insignifiante, au niveau de la première incision médiane de la première laparotomie, due probablement à la persistance de débris de la poche purulente. En Janvier 1891 devant la persistance de la fistule M. Porri se décide à pratiquer une 3e laparotomie afin de disséquer et d'extraire le trajet fistuleux. Dans les manœuvres une anse intestinale est rompue une suture de Lambert est placée sur la plaie de l'intestin. Le 4e jour après l'opération une fistule stercorale se déclara et persiste encore quoique très diminuée (novembre 1891.

Nous sommes arrivés à la fin de cette série de quinze pyosalpinx. Il nous reste à dire deux mots sur l'avant-dernière et sur la dernière observation, sur les observations portant les numéros XIV et XV. Pour l'observation XIV, nous ferons remarquer qu'il s'agit là de lésions probablement congénitales ou tout au moins très anciennes, la disposition intra-ligamentaire du kyste enlevé le premier, n'étant pas une disposition unique, mais se reproduisant à droite pour les annexes malades.

On peut et l'on doit supposer que le kyste intra-ligamentaire existait silencieux depuis des années, — qu'il n'a augmenté de volume qu'en même temps qu'il se transformait et devenait purulent, — que les annexes droites et gauches ont suppuré d'abord, et sans doute par infection vénérienne, puisqu'il n'y a eu ni accouchement, ni fausses couches. C'est à ce moment qu'ont éclaté les troubles fonctionnels qui ont conduit la malade à Pascal. Nous insisterons aussi sur la précision du diagnostic préopératoire, M. Pozzi ayant annoncé une tumeur para-utérine et intra-ligamentaire, à gauche et à droite une salpingite kystique. Le diagnostic a été vérifié de point en point, et ce n'était pas sans importance, car les kystes du ligament large doivent être extraits en suivant un plan de clivage en les décollant du ligament large qui les reçoit comme une corolle et qui ne leur forme pas de pédicule. C'est pour avoir méconnu cette disposition qu'on a vu des hémorrhagies abondantes survenir après des laparotomies où des kystes de ce genre avaient été enlevés, et où on n'avait pas fait de surjet pour assurer l'hémostase, surjet qui est indispensable.

Reste enfin l'observation XV, où à la suite d'une fièvre typhoïde sans puerpéralité, sans blennorrhagie, une femme a été prise d'accidents abdominaux avec salpingite, péri-salpingite, etc., péritonite, plastron abdominal, etc. Dans ce cas, l'étendue des lésions, les difficultés de l'opération expliquent la formation d'une collection purulente secondaire et la nécessité d'une double laparotomie. On peut regretter que nous n'ayons pas fait examiner le pus dans ce cas, il est vraisemblable qu'on se fût trouvé en présence d'une infection peu ordinaire dans laquelle les organismes pyogènes étaient très nombreux et très actifs.

Sauf dans cette observation et dans l'observation XIII où l'angle inférieur, de la plaie s'est désuni et n'a réuni que par seconde intention toutes nos malades ont guéri par première intention, qu'il y ait eu ou non drainage (Mickulicz, etc. Il en a été ainsi non seulement pour nos pyosalpinx, mais pour toutes les autres la parotomies, soit pour les salpingites parenchymateuses soit pour les corps fibreux traités par la castration simple, soit pour les hématocèles. Nous publierons d'ailleurs prochainement une nouvelle série, mais nous avons tenu à commencer par les plus graves, pour ne pas laisser dire qu'à Pascal on choisit les cas et que l'on publie seulement les résultats favorables. Comme nous l'avons écrit au commencement de ce travail, nous croyons difficile d'apporter dans des observations cliniques et dans les diagnostics plus de rigueur et plus d'honnêteté scientifique qu'on ne le fait à Pascal Lourcine. Non seulement dans le service chirurgical de gynécologie on n'opère qu'à bon escient, mais encore c'est après des examens réitérés et le contrôle le plus sévère que l'on formule un diagnostic et décide une intervention. C'est peut-être dans l'emploi de ces différentes méthodes que réside le secret des statistiques heureuses publiées à la Société de chirurgie il y a deux mois et demi. (*Bulletins et mem. Société de Chirurgie.* Juin 1892, page 307.)

REVUE CRITIQUE

LE RACHITISME ET LA SYPHILIS

(*D'après un livre récent.*)

A une certaine époque, déjà éloignée de nous de plus d'un quart de siècle, on a discuté beaucoup sur l'étiologie et sur la nature de cette altération osseuse qui s'appelle le rachitisme. De nos jours, le courant des idées médicales s'est détourné un peu de l'étude de cette question, défaveur purement apparente, qui s'explique peut-être par la rareté plus grande de la maladie, mais surtout par ce fait que la science paraît aujourd'hui à peu près fixée sur son origine et sur ses causes. Cet accord, que l'on peut croire définitif, n'a pas toujours existé, et il suffira de rappeler ici les controverses passionnées qui s'élevèrent quand Parrot vint affirmer et proclamer le rôle propondérant de la syphilis dans cette étiologie. On sait que le maître regretté déploya, dans la défense de son idée, une persévérance et un talent assurément dignes d'une meilleure cause nosologique. Or cette opinion n'a pas prévalu, tant s'en faut, et au rebours de ce qui s'est passé pour la théorie de l'origine syphilitique du tabes, dont le crédit a toujours été en augmentant, elle a perdu chaque jour du terrain. A l'heure présente elle ne compte plus guère de partisans, et la conviction de son promoteur n'a pu lui en recruter de nouveaux, ni même conserver ceux de la première heure.

Un des arguments que Parrot invoquait le plus volontiers était tiré de la constatation très fréquente, chez les enfants rachitiques, des stigmates de la syphilis héréditaire. C'était là le point fondamental de sa théorie : c'est sur cette donnée qu'il a édifié la doctrine à la défense de laquelle il mit tout son effort. Or on a contesté depuis longtemps, et avec raison, la valeur de ces prétendus stigmates dont une critique tant soit peu sévère démontre le peu de signification. Par exemple, le fait que certaines lésions anatomiques (ostéophytes et tissu spongoïde) sont communes aux rachitiques et aux sujets atteints de syphylis héréditaire ne saurait passer pour un argument solide, car il y a ici une véritable erreur d'interprétation. Suivant la remarque de M. Comby, auteur d'un ouvrage récent où la question est très clairement exposée, il ne faut pas oublier que les enfants hérédo-syphilitiques deviennent facilement rachitiques, coïncidence où plutôt filiation qui s'explique naturellement par l'intervention des facteurs de misère physiologique auxquels ces enfants sont soumis de très bonne heure, pour ainsi dire dès leur naissance (cachexie spécifique, allaitement artificiel, etc.) Il n'y a donc pas lieu de s'étonner quand on constate chez eux la coexistence de deux genres de lésions dont l'une (*ostéophytes*) relève exclusivement de la syphilis, et dont l'autre (*tissu spongoïde*) est le monopole du rachitisme. Interpréter la chose différemment, ce serait commettre une véritable pétition de principes, et en quelque sorte prendre l'effet pour la cause.

On peut appliquer les mêmes objections à l'argument que Parrot a voulu tirer de certains caractères cliniques, en apparence communs aux deux maladies (déformation natiforme du crâne, érosions dentaires, desquamation linguale, cicatrices fessières). Ces altérations ont perdu toute valeur séméiologique, dès l'instant où l'on a reconnu qu'elles étaient fréquentes, banales et où l'on a prouvé qu'elles pouvaient se rencontrer toutes, sans exception, chez des enfants pertinemment indemnes de toute infection syphilitique héréditaire. Voilà certes une objection que le savant médecin des Enfants-Assistés aurait eu peine à réfuter : mais la théorie dont il s'est fait le propagateur trouve encore sa condamnation dans des considérations d'un autre ordre.

En premier lieu, c'est la statistique universelle qui vient lui donner un démenti à peu catégorique. Si, par exemple, on se reporte aux documents du Congrès de Londres (1883), on constate que dans les chiffres énumérés par différents observateurs, le rachitisme ne figure que pour une proportion minime, insignifiante, à peu près négligeable. Ainsi M. Robert Lee, pendant une période de neuf ans, a observé un millier d'enfants rachitiques sur lesquels 185 seulement ont été reconnus bien et dûment atteints de syphilis. La proportion indiquée par Kassowitz est encore plus faible, elle ne mentionne que 3 enfants syphilitiques sur 100 rachitiques. M. J. Comby, dont l'expérience peut faire loi en la matière, déclare se rattacher à cette dernière évaluation, comme la plus conforme à sa statistique personnelle qui porte sur plus de 1.600 rachitiques. On pourrait invoquer encore ici la déclaration du Dr Pini, fondateur de l'Institut rachitique de Milan, qui a examiné 4.176 observations et croit devoir conclure que la syphilis ne paraît pas avoir d'importance appréciable dans l'étiologie de la maladie : celle de M. Cazin, qui a vainement cherché des stigmates d'infection spécifique chez 45 rachitiques soignés à Berck-sur-Mer. Ainsi les documents empruntés à la statistique sont tous ouvertement contraires à la doctrine de Parrot. Mais il est encore d'autres objections bien mises en lumière par les observateurs qui ont approfondi la question.

Si la théorie de l'origine hérédo-syphilitique était vraie, il devrait y avoir une sorte de parallélisme entre la diffusion de la syphilis et la fréquence du rachitisme. Or, l'étude de la géographie médicale démontre qu'il n'en est rien. Ici les faits abondent, précis et tout à fait probants. M. J. Comby, dans son intéressante monographie, invoque à ce propos les déclarations de plusieurs médecins ayant exercé à l'étranger, et qui sont unanimes à reconnaître que le rachitisme est rare, exceptionnel, souvent même inconnu dans des pays où la syphilis exerce ostensiblement ses ravages. De cette constatation exotique négative, il faut rapprocher le fait bien établi de la rareté relative du rachitisme chez les habitants des villes, souvent infectés par la syphilis, mais généralement bien logés et nourris, et de sa fréquence dans les campagnes où la syphilis est à peu près inconnue, mais où les conditions hygiéniques sont ordinairement défectueuses et misérables. A rapprocher encore les recherches de Sutton qui a prouvé que les animaux réfractaires à la vérole, comme le singe, sont susceptibles de devenir rachitiques. Dans un autre ordre d'idées, on pourrait aussi rappeler opportunément que l'épreuve du traitement spécifique, cette pierre de touche des affections syphilitiques, a fait définitivement la preuve de son impuissance vis-à-vis du rachitisme. Ainsi, on voit que toutes les considérations tirées de la statistique, de la pathologie comparée, de l'observation sont contraires à la théorie de Parrot, et l'on comprend par là que ces théories n'aient pu survivre et prendre rang dans la science.

Mais cela veut-il dire que les deux maladies sont absolument indifférentes l'une à l'autre, et qu'elles ne peuvent s'influencer réciproquement? Loin de là. Il est très probable, au contraire, que la syphilis joue, par rapport au rachitisme, le rôle d'une cause accessoire, d'une simple cause prédisposante.

Elle agit vis-à-vis de lui en préparant le terrain, par l'affaiblissement constitutionnel et la misère physiologique dont elle est un facteur puissant : on doit donc lui faire une place dans son étiologie, à côté de toutes les causes habituellement incriminées (alimentation défectueuse, sevrage prématuré, insuffisance de la proportion des phosphates alimentaires) et au même titre que ces différentes causes. Cette manière d'interpréter son intervention est du reste partagée et même formulée nettement par M. J. Comby, dont nous citons volontiers l'opinion. En somme, la dystrophie particulière qui caractérise le rachitisme trouve dans l'infection syphilitique héréditaire une puissante cause adjuvante, mais elle n'est pas créée de toutes pièces et telle quelle par cette infection. Telle est la conclusion à la fois précise et inflexible qui s'impose à la fin de cette discussion. Il n'est pas inutile de rappeler que cette conclusion a pour elle une autorité considérable, celle du Pr Fournier. Notre maître n'hésite pas à déclarer que si le rachitisme est relativement fréquent chez les individus issus des parents syphilitiques, ce doit être à titre de conséquence banale, indirecte, et d'effet issu du trouble général importé dans l'organisme par l'infection héréditaire. Il n'y a rien à ajouter à ce jugement, qui nous semble résoudre définitivement la question. Et tout porte à croire que, si Parrot eût vécu, il eût fait spontanément l'abandon d'une théorie qui, au début, a dû uniquement à sa vogue l'attrait que les idées neuves et d'apparence originale exercent sur certains esprits.

P. Muselier.

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYROIDE

I. — La cachexie strumiprive, le myxœdème opératoire et la tétanie opératoire, par le Dr J. Neudoerfer. (*Wiener medicin. Presse*, 1892, nos 8 et 9.)

II. — Altérations du système nerveux, principalement des nerfs périphériques du chien, a la suite de l'extirpation de la glande thyroide, par le Dr J. Kopp. (*Virchow's Archiv.*, t. CXXVIII, fasc. 2, p. 290.)

I. — Les troubles consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde sont aujourd'hui bien connus. On sait aussi que pour éviter le développement de ces troubles, il suffit de laisser en place une portion, le quart ou le cinquième environ, de la glande thyroïde. C'est pourquoi les chirurgiens ont érigé en principe de s'abstenir de l'extirpation totale de la glande thyroïde, autant que les circonstances le permettent, c'est-à-dire quand la totalité de l'organe n'est pas envahie par une néoplasie maligne. La pathogénie des accidents consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde est d'ailleurs loin d'être élucidée. On n'a pas pu expliquer jusqu'ici pourquoi l'apparition de ces accidents est loin d'être constante, pourquoi la cachexie strumiprive se montre tout au plus une fois sur 4-5 cas d'extirpation totale de la glande thyroïde, et pourquoi tantôt elle débute quelques heures après l'opération, tantôt seulement au bout de quelques mois.

Un chirurgien de Vienne, M. Neudœrfer, vient de publier un fait qui contraste avec ceux que nous connaissions jusqu'ici et relatif aux suites de la thyroïdectomie totale. Ce fait concerne un goitreux qui présentait les symptômes de myxœdème au moment où on l'opéra de son goitre, et qui fut débarrassé de ces symptômes par l'opération. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, auquel on eût donné tout au plus 12-14 ans tant son développement corporel était en retard. La face était glabre, il en était de même des organes génitaux qui étaient de très petites dimensions. Sa figure avait une expression frappante de sénilité. Le malade était dans un état de complète idiotie, aussi était-il impossible de tirer de lui le moindre renseignement sur son passé.

Le lobe droit de la glande thyroïde du sujet était envahi par une tumeur du volume d'une pomme ordinaire. La personne qui accompagnait le malade fit remarquer que le frère de ce dernier avait été également goitreux, et que son développement corporel était resté très en retard jusqu'à l'époque où on l'opéra de son goitre. A partir de là, il se développa très rapidement, et les différentes parties de son corps atteignirent bientôt les dimensions normales.

A son tour, le frère fut opéré par M. Neudœrfer, qui eut soin de laisser en place un petit fragment de la moitié saine du corps thyroïde. L'opération marcha de la façon la plus satisfaisante. L'examen de la tumeur extirpée fit voir qu'il s'agissait d'une néoplasie adénoïde. Ce qui frappa particulièrement, ce fut le changement qui s'opéra chez le malade immédiatement après l'opération. Dès le quatrième jour, sa figure, morose jusque-là, avait pris une expression de gaieté ; il riait, il s'intéressait à ce qui se disait et se faisait autour de lui. Bref, tandis que jusque-là il donnait l'impression d'un crétin, il paraissait maintenant en passe de devenir un homme intelligent et d'humeur gaie. Il a malheureusement quitté l'hôpital quatre semaines après l'opération et on n'a pas pu se procurer de renseignements sur son sort.

A l'occasion de ce fait, l'auteur a passé en revue les théories imaginées pour expliquer les accidents de la cachexie strumiprive et la tétanie opératoire qu'on voit également survenir à la suite de la thyroïdectomie totale. La théorie la plus en vogue est celle qui est basée sur l'existence hypothétique d'une fonction de la thyroïde, ayant pour but la destruction de certaines matières nuisibles qui se forment dans l'organisme animal, et notamment la mucine.

M. Neudœrfer n'est pas partisan de cette théorie. Pour lui, ce qu'il faut considérer surtout, ce sont les rapports de la glande thyroïde avec la vie génitale. Chez l'homme aussi bien que chez la femme, on observe, au moment de la puberté, un accroissement de volume de la glande thyroïde, qui n'est d'ailleurs que passager. Les observations faites par l'auteur portent à croire également que l'évolution de la glande thyroïde joue un rôle dans l'évolution de la grossesse, de la puerpéralité, dans l'évolution et l'involution des organes génitaux chez la femme, dans la puissance de reproduction chez l'homme. D'autre part, la glande thyroïde entretiendrait des relations très étroites avec les nerfs et les centres trophiques ; les fibres sympathiques qui se répandent dans la glande et dans son voisinage ne seraient autres que des nerfs trophiques, qui interviendraient par voie directe ou réflexe, dans la régularisation des échanges nutritifs. Ce rôle de la glande thyroïde s'exercerait surtout pendant la période de la puberté. Durant cette période d'activité des organes génitaux une lésion destructive ou l'extirpation de la glande thyroïde entraîne des accidents qui se rattacheraient à la catégorie des troubles trophiques. En un mot, d'après M. Neudœrfer, « la cachexie strumiprive, le myxœdème opératoire et le myxœdème idiopathique doivent être considérés comme des suites

de troubles de la régularisation exercée par les nerfs et les centres trophiques, troubles non compensés. »

La tétanie opératoire, qu'on observe quelquefois à la suite de la thyroïdectomie, se produit par un autre mécanisme. M. Neudœrfer rappelle que la mort par strangulation est précédée de spasmes toniques qu'on attribue à une lésion concomitante de la portion voisine des cordons du grand sympathique. La tétanie opératoire, quand elle survient à la suite d'une extirpation de goitre, reconnaîtrait la même origine : une contusion ou lésion des fibres nerveuses du grand sympathique par les crochets mousses dont on se sert pour maintenir écartées les lèvres de la plaie.

L'auteur a résumé dans les propositions suivantes ses vues sur la nature et la pathogénie du myxœdème et de la tétanie :

1° Il existe un myxœdème et une tétanie idiopathiques, en rapport avec une affection des nerfs et des centres trophiques.

Celle-ci peut être engendrée, comme toute autre affection nerveuse, par des refroidissements, par l'accumulation de substance nocives dans le sang, par le poison syphilitique, par des virus infectieux (scarlatine, diphtérie).

2° Plus souvent que cette forme idiopathique, on observe une tétanie d'origine traumatique, consécutive à une lésion du cordon du grand sympathique et du ganglion cervical moyen. Il existe même un myxœdème traumatique, qui survient à la suite de l'extirpation totale de la glande thyroïde, celle-ci pouvant entraîner un trouble du rôle régulateur exercé par les centres trophiques et par certains nerfs trophiques.

3° Tandis que la tétanie se développe constamment à la suite de toute lésion du cordon du grand sympathique et du ganglion cervical moyen, toute extirpation de la glande thyroïde n'entraine pas forcément un myxœdème.

Les troubles consécutifs à l'extirpation de la glande thyroïde font défaut pendant la période de la vie où cette glande est en état de torpeur fonctionnelle. De même, à la période d'activité de la glande, c'est-à-dire pendant la puberté, ces troubles font défaut lorsqu'on n'extirpe pas la totalité de la glande et qu'on laisse en place un quart environ de sa masse.

II. — M. J. Kopp a étudié sur deux chiens les altérations qui peuvent survenir à la suite de l'extirpation de la glande thyroïde, du côté des centres nerveux et des nerfs périphériques. Les résultats de ses recherches concordent assez sensiblement avec ceux qu'a obtenus M. Langhans et dont il sera question plus loin chez l'homme et chez le singe. Les principales altérations observées par l'auteur intéressaient les nerfs périphériques : ceux-ci présentaient le plus souvent à la face interne du périnèvre, des zones claires, en rapport avec la présence de cellules vésiculaires à une ou plusieurs loges, semblables à celles décrites par Langhans. Or ces altérations nerveuses ne sauraient rendre compte des accidents observés à la suite de la thyroïdectomie, secousses convulsives, contractures, parésie, etc... Chez l'un des chiens sur lesquels a expérimenté l'auteur, les zones claires en question étaient si peu nombreuses le quatrième jour après l'opération, qu'on ne pouvait les considérer comme ayant déterminé les accidents que présentait l'animal.

L'auteur pense qu'il faut chercher l'explication de ces accidents dans les altérations du système nerveux central. Il a constaté dans ses recherches, que les cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale réalisaient souvent l'état connu sous le nom de vacuolisation. Quelques-unes de ces cellules étaient granuleuses, de forme irrégulière ; mais toutes conservaient leur noyau. Les cylindres-axes étaient boursouflés et tuméfiés par places, leur diamètre étant triple et quadruple de ce qu'il est à l'état normal. Les altérations du cylindre-axe atteignaient leur plus grande extension dans la moelle allongée et surtout dans les faisceaux pyramidaux. Dans la moelle, elles étaient limitées aux faisceaux pyramidaux croisés, et leur intensité allait en diminuant de haut en bas, tandis que l'inverse avait lieu dans le bulbe.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Mères et nourrissons, par MM. les Drs A. Boissard et G. Barbézieux, avec une préface de M. Jules Simon, de l'Académie française.

Les livres sur l'hygiène de l'enfance abondent, mais ils ne sauraient être ni trop nombreux ni trop répandus quand on songe à tous les préjugés qu'ils sont appelés à détruire, à toutes les notions saines qu'ils ont pour but de vulgariser, au nombre d'existences précieuses qu'ils peuvent contribuer à sauver. Celui que nous présentons à nos lecteurs se recommande tout d'abord par la haute compétence des auteurs qui l'ont écrit et par le nom de l'illustre philanthrope qui en a signé la préface et qui compte parmi les plus ardents propagateurs de l'hygiène.

« Une voix, dit M. Jules Simon, s'est entendue tout à coup, qui disait : la population décroît ; la France recule. La mortalité des nouveau-nés y est si terrible qu'elle équivaut à une bataille perdue chaque année. Le cri du patriotisme, l'élan généreux de la charité, les efforts de la science vont-ils enfin triompher de l'étrange apathie où nous avons langui depuis si longtemps ? Je veux le penser ; je veux le croire. J'applaudis de grand cœur à la propagande de l'hygiène. J'y vois le salut de l'humanité et en particulier le salut de la France. »

Répondant à cette pensée de M. Jules Simon, les auteurs de ce petit livre ont fait une œuvre à la fois scientifique, humanitaire et patriotique. Certes, il n'a pas la prétention et il est loin d'être complet, mais que de notions pratiques et utiles il contient, que de sages conseils il donne aux mères, aux familles, voire même aux médecins !

L'ouvrage est divisé en trois parties. La première a pour titre : la Femme et la Mère. Les auteurs y étudient en physiologistes et aussi parfois en psychologues les modifications que la grossesse entraîne dans toutes les fonctions de la femme ; ils consacrent de plus longs développements à l'hygiène de la femme enceinte et signalent les conditions ou symptômes qui peuvent faire prévoir des complications au moment de l'accouchement.

Dans la seconde partie, consacrée au nouveau-né, les auteurs passent successivement en revue toutes les questions intéressant l'enfant depuis le moment où, expulsé de l'utérus, il tient encore à la mère par le placenta, jusqu'à l'époque du sevrage. Les plus petits détails dans les soins à donner aux nouveau-nés ont leur importance et les auteurs n'en négligent aucun. Nous ne saurions ici nous y arrêter, mais nous croyons devoir plus particulièrement signaler la véritable croisade qu'ils poursuivent contre l'allaitement artificiel. Le chapitre qu'ils consacrent à ce sujet n'est que le développement de cette

proposition de Bouchaud, qu'ils ont prise pour épigraphe : « Tolérer le biberon, c'est absoudre l'infanticide. » « Au lieu d'organiser l'allaitement artificiel, disent-ils à leur tour, de le réglementer, de le légitimer en quelque sorte, on pourra le bannir rigoureusement et organiser, en revanche, l'allaitement par une nourrice mercenaire bien surveillée et l'allaitement naturel par les femelles d'animaux, comme M. Coudereau voulait que cela fût fait dans son *Village-nourricerie*. »

Dans la troisième partie, les auteurs étudient quelques maladies spéciales au nouveau-né : mort apparente, faiblesse congénitale, ophthalmie, ictère, cyanose, œdème, sclérème, éruptions diverses, gastro-entérite, coryza, convulsions, etc.

L'ouvrage se termine par deux annexes dont la première reproduit le texte de la loi sur la protection des enfants du premier âge, et la seconde fait connaître les principales sociétés qui se sont organisées en vue de la protection de l'enfance.

Si, à ce court aperçu, nous ajoutons que, par la clarté de leur exposition, les auteurs ont su rendre la lecture de leur livre facile et attrayante, nous n'avons plus besoin de le recommander à l'attention de nos lecteurs.

Dr F. DE RANSE.

DE L'INTOXICATION IODOFORMIQUE A LA SUITE DE PANSEMENTS IODOFORMÉS OU DE L'USAGE PROLONGÉ DE L'IODOFORME A L'INTÉRIEUR, par M. ROSSIGNOL. — Th. Paris.

L'iodoforme doit être prudemment manié en raison de ses propriétés toxiques. Agissant presque toujours par le processus de l'accumulation, il se décompose selon toute probabilité en iodates alcalins comme semblent le démontrer les examens de l'urine ; mais l'apparition des accidents paraît être surtout influencée par l'idiosyncrasie du sujet, l'âge, l'état des reins et la santé générale. A s'en rapporter aux résultats de l'expérimentation, le poison a une action élective sur le système nerveux qu'il excite d'abord et déprime ensuite ; de plus l'iodoforme comme l'arsenic détermine l'altération granulo-graisseuse des principaux viscères et irrite les reins et les muqueuses par lesquelles il s'élimine.

La symptomatologie des empoisonnements aigus ou chroniques que détermine chez l'homme l'absorption d'une quantité nocive d'iodoforme est variable et caractéristique de cas légers, de cas moyens ou de cas graves. On peut avoir à observer à des degrés divers des troubles digestifs, circulatoires, respiratoires, urinaires, nerveux. Il n'est pas rare de constater aussi de l'assoupissement, de la torpeur et enfin des troubles résultant d'une perturbation de la nutrition générale. Très marquée, cette dernière indique que le sujet va succomber très prochainement à l'intoxication. Quant aux éruptions cutanées maintes fois signalées elles sont le plus souvent polymorphe et paraissent devoir rentrer dans le groupe des angionévroses toxiques.

Le diagnostic se fait surtout par les commémoratifs, le tableau clinique étant tout à fait comparable à celui des autres intoxication. Et comme la suppression de l'iodoforme est la pierre de touche servant à révéler la nature des accidents observés, la première indication thérapeutique consiste à en cesser l'emploi sauf à s'aider encore de la médication alcaline qui, d'après Behrend, aurait la propriété de rendre au sang la quantité d'alcalis auxquels l'iodoforme s'est combiné en se décomposant dans l'organisme.

CH. AMAT.

MÉDECINE PRATIQUE

Injections contre la leucorrhée.

Lysol (une cuiller à café).	5 grammes.
Eau chaude	1 litre.

Pour une injection à prendre matin et soir.

Teucrium scordium (germandrée d'eau) dans le traitement du prurit anal.

John H. Brinton (*Ther. Gaz.*, janvier 1892, p. 3 et 4), s'est trouvé bien, dans le traitement du prurit anal causé par des hémorrhoïdes non invétérées, de l'emploi de *teucrium scordium* (germandrée d'eau, labiée) recommandée, il y a vingt-cinq ans, par André Lebel. Il prescrit les feuilles pulvérisées de la germandrée d'eau, à prendre à la dose de 0 gr. 60 — 0 gr. 72 de poudre suspendue dans l'eau, trois fois par jour, une demi-heure environ avant les repas. Cette drogue, prise pendant huit ou dix jours, fait presque complètement disparaître les démangeaisons si rebelles à tout traitement. Il est à remarquer que la germandrée ne se montre efficace que dans le cas de prurit anal avec des hémorrhoïdes tout à fait jeunes ; les hémorrhoïdes sont-elles déjà anciennes, le médicament ne donne que des résultats bien médiocres. L'auteur a complètement échoué avec lui dans le prurit vulvaire. De plus, il n'est pas du tout un spécifique contre les hémorrhoïdes en général. (*Gaz. de gynécologie*, 141.)

NOTES ET INFORMATIONS

Corps de santé des colonies. — Lundi dernier M. le Dr Moinet, sénateur de la Charente-Inférieure, a interpellé le ministre de la marine sur « l'organisation et le fonctionnement du corps de santé des colonies ».

Voici un résumé de la discussion. On sait qu'un décret du 7 janvier 1890, contresigné par les ministres de la marine et du commerce, a séparé le service de santé de la marine du service analogue des colonies, lesquels avaient auparavant été toujours réunis. Ce décret a été la conséquence des mesures prises en 1889 en vue de faire passer l'administration des colonies sous l'autorité du ministre du commerce. M. Moinet estime que le fait d'avoir mis un service militaire, comme le corps de santé colonial, sous la direction d'un ministre civil, constitue une violation de la loi organique du 21 août 1825 et du sénatus-consulte du 3 mai 1854, qui réservent les pouvoirs militaires aux seuls ministres de la guerre et de la marine. Qu'est-il advenu de la mesure ? Il en est résulté que les médecins de la marine et des colonies se sont trouvés exposés à perdre leur qualité militaire, ce qui a entraîné pour eux de graves désavantages, principalement au point de vue du réglement des pensions.

Le décret comporte, en outre, que le recrutement du corps de santé colonial sera fait par voie de concours et que la préférence sera donnée aux élèves sortant des écoles de santé de la marine. Mais les autres, où les prendra-t-on ? demande M. Moinet. Demandera-t-on des docteurs aux Facultés civiles et fera-t-on d'eux des officiers ? L'orateur croit la chose impossible, et cela de par la loi : car, en France, on ne peut devenir officier qu'après être sorti des écoles spéciales.

Telles sont les principales critiques qu'a formulées M. Moinet, qui a terminé en demandant le retrait « de décrets illé-

gaux et dangereux », et le rétablissement de l'unité du corps de santé de la marine.

M. Cavaignac, ministre de la marine, après avoir revendiqué pour le pouvoir exécutif le droit de recourir aux décrets pour l'organisation de l'armée coloniale, n'a point dissimulé que le corps de santé de la marine avait eu tout d'abord à souffrir du nouvel état de choses. Mais il croit que cette situation troublée touche à son terme.

Le ministre résume en quelques mots la question :

Si nous examinons quelle était la situation avant le décret du 7 janvier 1890, nous voyons que le service de santé dans la marine comme aux colonies était assuré par des agents payés, suivant leur destination, soit par la marine, soit par les colonies, mais formant un seul et même corps.

Par le décret de 1890, on a créé pour les colonies un corps spécial, et, pour engager les médecins du corps de santé de la marine à y entrer, on a accordé à ceux qui voudraient en faire partie le grade supérieur à celui qu'ils occupaient dans la marine elle-même.

Il en est résulté, si nous prenons comme exemple le grade de médecin principal, que, lorsque les officiers de ce grade appartenant au service colonial ont été rendus à la marine, l'avancement a été arrêté. C'est ainsi qu'en 1888, dans le corps de santé, il y avait 51 promotions ; en 1890, il y en a eu 30 ; en 1891, 21 ; en 1892, une seule.

Quel remède M. Moinet propose-t-il d'apporter à cette situation ? La fusion des deux corps ? Mais ce remède, messieurs, n'en serait pas un, car une fois les officiers d'un corps versés dans l'autre, la situation pour eux resterait la même.

Je suis heureux de le dire, cette situation pénible et toute transitoire touche aujourd'hui à son terme, car nous venons de demander au Parlement les crédits nécessaires pour ne pas arrêter indéfiniment l'avancement dans les grades supérieurs du corps de santé de la marine. Il y a également deux mesures que, de concert avec M. le sous-secrétaire d'Etat aux colonies, nous avons cru devoir prendre. Le corps de santé des colonies n'avait pas jusqu'ici de cadre propre, il va avoir le sien ; quant au mode de recrutement, nous référant à l'article 7 du décret du 7 janvier 1890, nous voulons consolider ce qui existe déjà en donnant la préférence aux médecins sortant de l'École de santé de Bordeaux.

J'estime que ces mesures seront plus efficaces que celle de la fusion que proposait M. Moinet, et nous serons heureux de donner ainsi satisfaction à des intérêts qui nous sont autant chers qu'à lui. (Très bien !)

M. Moinet avait déposé un ordre du jour motivé, mais l'ordre du jour pur et simple est demandé par d'autres sénateurs. Le gouvernement l'accepte et le Sénat l'adopte à mains levées.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique se réunira, en session ordinaire, le mercredi 29 juin, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Institution nationale des jeunes aveugles, 56, *boulevard des Invalides*.

Ordre du jour : Discussion du projet de loi sur l'assistance maternelle (M. Drouineau, rapporteur).

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1892-1893.

En conséquence, ils devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le samedi 25 juin, à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ; de 1re année, le mardi 28 juin, à trois heures.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 18 juin 1892, été ont promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides majors de première classe Verrier de Litardière, Bazot, Piorry, Paris, Moulinier, Nicolas, Force, Barbelet, Olivié, Roulio, Abadié, Porte, Rabère, Rogée, Troquart, Cailleret et de Montfumat.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Trotabas, Vieille, Petitfour, Lacombe, Dasté, Roux, Livon, Lecuyer, Duhard, Hengas-Garat, Pellot, Balési, Pissot, Chesnel, Laurand, Salviat, Michon, Fage, Henryet de Launay, Durand, Liébaut, Bourdier, Descubes, Daniel, Caperet, Bodinier, Forest, Larebière, Tonrmente, Lonband, Buret, Audnhert, Binet, Beauspleil, Ferrand, Halbout, Forgeron, Thoviste, Lallement, Goudounèche, Dutheil, Lorentz, Leneveu, Guiat, Théry, Guillon, Gilles, Boguier, Borquet, Bugeau, Bardon, Vigot, Debenais, Lesigne, Lecointre (F.-J.-L.), Lecointre (M.-L.-G.), Lavrand, Joubert, Domecq-Turon, Maynadié, Vallière, Genty, Record, Pinard, Planteau, Girat, Filhioud-Lavergne, Brothier, Olivier, Couraud, Proust Boyer, Barange, Révolat, Revillet, Le Vilain, Caron, Benoit, Gros, Delespierre, Rocheblave, Gabriel, Dony, Turquet, Jacquelot, Thibierge, Bennezon, Caillet, Henrionnet, Ramadier, Ducamp, Portalier, Schmitt, Prévost, Birabeau, Sanve, Salvat, Bouttineau, Lemoyne, Favrel, Durieux, Perrier, de Pezzer, Chauvet, Hélie, Marey, Fauébon, Laffon, Fournel, Haut, Andret, Boulanger, Gérente, Robert, Casanova, Lescarret, Leroy et Mazel.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Chalmandrier, Moissan, Cioffiot et Vaillant.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 JUIN 1892

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 0. — Rougeole, 27. — Scarlatine 4. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 24. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 38. — Méningite, 28 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 34 — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë et chronique, 30. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 73. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 134. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 160. — Causes inconnues, 6. — Total 941.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

BACTÉRIOLOGIE

SUR UN PROCÉDÉ DE COLORATION, A L'ÉTAT VIVANT, DES CILS OU FLAGELLA DE CERTAINES BACTÉRIES MOBILES (1),

Par le professeur I. Straus.

On sait aujourd'hui que toutes les bactéries mobiles sont munies d'un ou de plusieurs cils. Ces cils ou flagella ne peuvent être décelés que par des procédés spéciaux de coloration, surtout bien étudiés par Lœffler. Mais ces procédés sont assez compliqués, ils nécessitent l'emploi de mordants particuliers et demandent de la patience et de la dextérité.

J'ai réussi, par un procédé beaucoup plus simple et plus rapide, à mettre en évidence l'existence de ces cils sur certaines bactéries mobiles. Mes essais ont porté, jusqu'ici, sur trois micro-organismes : le bacille du choléra asiatique, le vibrio avicide de Gamaléia (*V. Metschnikowi*) et le bacille de Finkler-Prior. Sur ces trois bactéries, Lœffler a constaté, à l'aide de sa méthode, la présence d'un flagellum unique, placé à une des extrémités du bacille.

Ce flagellum peut être nettement décelé par le procédé suivant : On prélève, avec l'anse de platine, une goutte de la culture récente (âgée d'un à trois jours) dans du bouillon et on la dépose sur une lame de verre. On y ajoute, en bien mélangeant, une goutte de la solution fuchsinée de Ziehl (1), étendue de trois à quatre parties d'eau ; on recouvre avec la lamelle et on examine *aussitôt et le plus rapidement possible* avec un bon objectif à immersion homogène. (Je me suis servi avec le plus d'avantage de l'objectif apochromatique de 3 millimètres de foyer de Zeiss, avec l'oculaire compensateur n° 8.)

Sur la préparation ainsi faite, on voit les bacilles colorés en rouge intense, presque instantanément, à l'état vivant, ainsi que le témoignent beaucoup d'entre eux qui conservent leurs mouvements. Ce sont ceux-ci qu'il faut surtout examiner avec attention. On voit alors, à l'une des extrémités un flagellum unique, extrêmement mince, de longueur variable, contourné en hélice ou légèrement onduleux, coloré en rouge très pâle, mais surtout accusé par des grains rouges plus foncés, disposés en série le long du flagellum. Il est difficile de décider, vu l'extrême petitesse des objets, si ces grains sont contenus dans l'intérieur du flagellum ou simplement fixés à sa surface.

Une fois qu'on s'est assuré, ce qui est chose facile, de l'existence et de l'aspect de ce flagellum sur les bactéries

(1) Note lue à la Société de biologie, séance du 18 juin 1892.

(1) La composition de ce liquide est la suivante : fuschsine, 1 gr. ; acide phénique, 5 gr. ; eau distillée, 100 gr.

FEUILLETON

LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE

Communication faite à la XVIIe section du Congrès de Marseille de l'Association française pour l'avancement des sciences, le 24 septembre 1891 (1).

Par le Dr Benjamin Milliot.

Messieurs,

Dans une communication intitulée « *Six années de médecine de colonisation dans la circonscription médicale de Bugeaud* », que j'eus l'honneur de faire en 1883 au Congrès d'Oran de l'Association française pour l'avancement des sciences, je disais que l'organisation en Algérie de la médecine de colonisation est loin d'être une œuvre achevée. Je me propose d'exposer aujourd'hui, d'une manière aussi succincte que possible, cette organisation et de faire ressortir quelques desiderata que je formulerai dans l'intérêt de la colonisation en général et de la médecine de colonisation en particulier.

La question de colonisation est à l'heure qu'il est à l'ordre du jour, et malheureusement, soit dans les feuilles scientifiques, soit ailleurs, elle est rarement traitée avec la compétence que seules peuvent donner l'étude patiente et la connaissance exacte sur les lieux-mêmes de nos colonies.

Quand on parle actuellement de la colonisation on a soin d'ajouter les épithètes « *de peuplement* ou *de roulement* », c'est-à-dire d'immigration ou d'exploitation, et l'on peut avancer que ces deux modes de colonisation sont généralement admis par les peuples colonisateurs ; on n'en peut dire autant de la colonisation scientifique, qui est encore du domaine

(1) N'ayant qu'un certain nombre de pages disponibles dans le « Compte rendu des travaux de l'Association française pour l'avancement des sciences », le Dr Milliot a été obligé d'y restreindre sa communication que nous publions *in extenso*. (*Note de la Rédaction.*)

encore animées de mouvement, on le retrouve aussi, quoique moins aisément, sur les bactéries au repos. Dans les préparations, on trouve en outre un certain nombre de flagella détachés, ondulant librement et vivement dans le liquide. Ces résultats ont été observés avec les trois bacilles que j'ai nommés ; mais c'est pour le bacille du choléra qu'ils réussissent le mieux ; le bacille de Finkler-Prior est celui qui donne les résultats les moins satisfaisants.

Au bout d'un quart d'heure environ, tout mouvement des bacilles s'éteint ; les bacilles sont morts, et les flagella, immobiles, perdent graduellement de leur netteté.

Les préparations ainsi obtenues sont assurément moins belles que les préparations persistantes faites, après fixation et mordançage préalables, par la méthode de Lœffler. Mais les images sont peut-être plus saisissantes, car elles montrent le flagellum coloré et vibrant à l'une des extrémités du bacille encore vivant et en mouvement. En outre, ce résultat si démonstratif est obtenu extemporanément et avec la plus grande facilité.

J'ai essayé d'autres liquides colorants, les solutions aqueuses ou hydro-alcooliques de fuchsine et de violet de gentiane, la solution d'Ehrlich (violet de gentiane et eau d'aniline) étendue d'eau, la solution de fuchsine dans l'eau d'aniline, les solutions de bleu de méthylène ; toutes m'ont donné des résultats nuls ou beaucoup moins avantageux que la solution de Ziehl. Il est probable que l'acide phénique contenu dans celle-ci facilite la coloration des cils en agissant à la façon d'un mordant.

Jusqu'ici, ce procédé de coloration des cils ou flagella des bactéries vivantes ne m'a pas réussi, d'une façon satisfaisante, pour d'autres bactéries mobiles (*bacille typhique*, *bacterium coli*, *bacillus subtilis*). Mais peut-être arrivera-t-on ainsi à une méthode générale, applicable à l'ensemble des bactéries mobiles.

REVUE GÉNÉRALE

DES RECHERCHES RÉCENTES SUR L'ORIGINE PANCRÉATIQUE DU DIABÈTE.

Par H. Barbier.

(*Suite et fin*) (1)

II

La constatation des ces données expérimentales, rapprochée des résultats fournis par l'anatomie pathologique chez l'homme, pouvait servir à la rigueur à établir une relation de cause à effet entre le diabète et les lésions pancréatiques. Mais elle n'établissait pas *comment* cette relation se faisait : on se heurtait de prime abord à ce problème de physiologie pathologique, surprenant au vu de nos connaissances un peu sommaires sur la physiologie normale du pancréas. Ici, comme en bien d'autre circonstances, la pathologie allait provoquer le progrès physiologique. La connaissance du trouble de la fonction précédait la connaissance de celle-ci.

— Un premier point que Mering et Minkowski avaient déjà bien mis en lumière, et qui pouvait étonner avec nos idées sur les phénomènes de la digestion, et l'origine intestinale possible du diabète : c'est que l'*absence du suc pancréatique n'est pour rien dans la production* de celui-ci. Les raisons en sont bien simples ; la première entre autres, c'est que *la ligature du canal pancréatique ne le produit pas*, et que d'autre part il n'en *persiste pas moins avec le jeûne le plus absolu*.

— Les mêmes auteurs ont envisagé également, mais pour la rejeter, l'action pertubatrice possible due à des *lésions nerveuses* du plexus solaire et consécutives à l'opération. Sans rien préjuger au sujet des désordres produits par une opération aussi grave que l'extirpation du pancréas, on peut se demander néanmoins si les lésions nerveuses sont aussi à négliger qu'ils l'ont dit. On commence en effet à entrevoir le rôle complexe que peut jouer le sympathique abdominal dans maints états morbides.

(1) Voir le numéro précédent.

des études d'hommes de science et qui commence à peine à être prise en sérieuse considération même par les gouvernements les plus rompus dans l'art de coloniser.

De tout temps, lorsqu'il s'est agi d'organiser une colonie, les promoteurs de colonisation ont cherché à s'appuyer sur des agents plus ou moins compétents et nécessaires à l'accomplissement de leur tâche ; de là l'appel fait dans ce cas aux ingénieurs, aux fonctionnaires et aux médecins. Le rôle de ces derniers a été si bien compris par certains colonisateurs que l'un deux, au dire du Dr Catrin, questionné sur les moyens à employer pour coloniser, répondit : « *Envoyez-moi des médecins*. » C'es surtout des médecins de colonisation de l'Algérie, de ces agents qui seuls peuvent donner au Gouvernement et aux colons des renseignements sérieux sur les conditions telluriques, climatologiques et sanitaires des contrées à occuper et à exploiter, sur l'état physique et moral des autochtones et sur la moyenne exacte des besoins des futurs colons, que j'aurai à vous entretenir ; mais, avant d'entamer la question, vous me permettrez de retracer l'histoire abrégée de la médecine de colonisation des autres nations.

Presque tous les peuples colonisateurs, et j'entends par là les Portugais, les Espagnols, les Hollandais, les Anglais et les Français, ont assuré de tous temps et assurent encore aujourd'hui, dans certaines de leurs colonies, le service médical par leurs médecins d'armées de terre et de mer. Les Hollandais, les premiers, songèrent à installer dès 1820 dans les Indes néerlandaises, notamment à Java, des médecins civils des colonies ; ce fut d'abord un commissaire du service médical civil, docteur en médecine, qui y fut installé ; plus tard on lui adjoignit un inspecteur de la vaccine. Il y avait en ce temps, à Java, un chef de service médical militaire, un chef de service médical de la marine coloniale, un commissaire du service médical civil et un inspecteur de la vaccine, indépendants les uns des autres ; néanmoins, à l'exception des chef-lieux de Batavia, Samarang et Socrabaya, où le service médical civil était exercé par des médecins communaux, docteurs en

En fait, si on détruit le pancréas autrement que par l'extirpation, par exemple par injection de paraffine (Hédon) (1), on de gélatine, ou de suif coloré (Gley) (2), on obtient, il est vrai, une glycosurie, mais c'est *une glycosurie passagère*, qui ne ressemble en rien au diabète expérimental de Von Mering et Minkowski.

(1 et 2) Acad. des sc., 6 avril 1891.

Il convient cependant de noter que dans ces cas, on observe (Hédon), sauf la glycosurie, tous les signes ordinaires du diabète et qu'il s'ensuit un trouble de la nutrition qui se manifeste par de la polyphagie, de la polyurie, de l'*azoturie* et un amaigrissement rapide des animaux. Cette azoturie n'était pas purement alimentaire, puisque si on diminuait la ration alimentaire la consomption se produisait quand même.

D'autre part, s'il n'a pas obtenu la glycosurie permanente dans ses expériences par injections, M. Gley pense néanmoins qu'on pourrait observer, comme par l'extirpation, une glycosurie permanente. Mais c'est une opinion et jusqu'à présent les faits ne lui ont pas fourni de preuves. En tous cas, dans la pensée de son auteur, ses expériences montrent que le diabète par l'extirpation du pancréas n'est pas dû nécessairement à des lésions nerveuses concomitantes.

A propos de l'action nerveuse, rappelons également les expériences de MM. Arthaud et Butte, qui par *l'irritation centrifuge du nerf vague* ont pu déterminer les différentes formes du diabète glycosurique, azoturique, polyurique (1); celles de MM. G. Sée et Gley (2) qui par irritation du bout central du pneumogastrique droit ont observé non pas la glycosurie mais l'azoturie chez le chien.

Tout récemment M. Lépine (3) annonçait que l'électrisation du bout *inférieur* des nerfs pancréatiques produit au bout de peu de temps le diabète.

L'irritation du plexus solaire a donné les mêmes résultats à Lustig, Klebs et Munk. (Laffitte, l. c.)

De son côté, M. Thiroloix (4) a fait des expériences qui confirment les précédentes en tant que démontrant l'influence nerveuse. Si l'on détruit sur place le pancréas *sans aucune extirpation on observe pas de glycosurine permanente*, alors que toutes les cellules sécrétantes sont détruites et que la glande en est réduite à un simple cordon fibreux. Mais *si l'on extirpe ou si on sectionne ce cordon, le diabète apparaît*. Voilà des exemples, ce semble, qui pourraient plaider en faveur de l'origine nerveuse des accidents.

— Quoi qu'on pense de ce qui précède, ce n'est pas de ce côté qu'ont été dirigés les travaux nombreux qui se sont fait jour depuis le mémoire de MM. V. Mering et Minkowski, et sous l'impulsion de M. le professeur Lépine qui en a été le principal promoteur, on a cherché à démontrer que le pancréas jouait dans la nutrition un rôle jusque-là inconnu; qu'il se formait dans ses cellules un ferment d'une nature particulière, se rendant directement dans le sang, tout différent des ferments du suc pancréatique proprement dit.

L'hypothèse de M. le professeur Lépine est la suivante :

Le pancréas sécrète et abandonne au sang un ferment — *ferment glycolitique* — qui a pour propriété de détruire le sucre de l'organisme. M. Lépine a donné à cette fermentation le nom de *glycolyse*. Dès lors, l'explication de la glycosurie après extirpation du pancréas se dégage nettement ; la non-persistance de cette glycosurie, si l'on n'a pas enlevé complètement le pancréas, s'explique aussi avec la même facilité.

Voyons les résultats expérimentaux sur lesquels M. Lépine s'appuie et les faits sur lesquels il s'est basé comme point de départ de sa théorie. Les voici (1) :

« 1 Le pancréas normal broyé dans de l'eau alcalinisée.
« peut détruire une certaine quantité de sucre.

« 2 Le sang d'un chien privé de pancréas perd moins « de sucre (6 0/0), *in vitro*, que le sang d'un animal sain (2) (20 à 40 0/0).

Rapprochée de la constatation faite par lui que, *si l'on ajoute de l'empois d'amidon au sang d'un chien diabétique, il y a moins de sucre produit qu'avec du sang normal*, cette deuxième expérience réfutait l'objection sui-

(1) Ac. des sciences, 28 janvier 1889.
(2) Soc. de biologie, 11 février 1888.
(3) Ac. des sciences, 23 novembre 1891.
(4) Cité par Laffite, *Rev. gén.*, *Gazette des hôpitaux*, 1892, Janvier.

(1) Voir une Revue de M. Lépine lui-même sur la question dans les *Arch. de méd. expérim.* janv., 1892 et dans la revue de médecine, mai 1892.
(2) *Lyon médic.*, 1889, 1890.

---

médecine ou en chirurgie, le service médical dans l'île fut confié aux médecins militaires. En 1827, le service médical civil fut supprimé et transmis au chef du service médical militaire; on permit cependant aux médecins civils d'entrer dans le service militaire dans un rang analogue à leur position civile. En 1851, quelques médecins militaires, retirés du service, s'établirent dans certaines résidences de Java; ils y furent chargés du service médical civil moyennant une indemnité. L'exemple fut contagieux : plusieurs collègues les imitèrent et l'on vit venir même de la Hollande des médecins qui briguèrent la place de médecin civil dans l'intérieur de l'île ; c'est ainsi que s'organisèrent, en quelque sorte spontanément, les médecins communaux de Java, c'est-à-dire installés dans les chef-lieux : Batavia, Samarang et Socrabaya, et les médecins civils chargés du service médical dans l'intérieur de l'île. En 1845, le Gouvernement hollandais organisa à Utrecht une école spéciale de médecins militaires des colonies, laquelle fut transférée en 1868 à Amsterdam; le résultat n'ayant pas répondu à l'attente, les départements de la Guerre et de la Marine accordèrent plus tard des bourses aux étudiants en médecine qui s'engageaient à servir dans les Indes néerlandaises pendant huit ans. L'essai parut bon, et actuellement c'est 8.000 francs que le Gouvernement hollandais accorde aux étudiants par fraction et au fur à mesure de leur instruction, plus 8.000 francs d'entrée au service. Le médecin communal des Indes néerlandaises est fonctionnaire du Gouvernement; il touche des appointements fixes de 400 à 700 francs selon les classes (il y en a trois) par mois, a droit à deux ans de congé en Europe après douze ans de médecine de colonisation et à une pension de retraite après vingt ans de service. Je passe sous silence les autres renseignements extrêmement intéressants que nous communiqua M. Becking au Congrès international de médecins des colonies qui eut lieu à Amsterdam en 1883 et auquel j'eus l'honneur de prendre part (1). Je me

(1) Congrès international de médecins des colonies, publié par Van Leent. Amsterdam, 1884, p. 201 et suiv.

vante : le sang contient une diastase que détruit normalement le pancréas et dont l'accumulation provoque la glycémie lorsque celui-ci est enlevé. C'était donc un premier point bien établi, à savoir que *l'ablation du pancréas n'agissait pas en augmentant la formation du sucre*; mais qu'elle *avait plutôt pour conséquence la suppression de la glycolyse*, d'où l'hyperglycémie et la glycosurie.

Ces faits expérimentaux s'accordent d'ailleurs très bien avec le pouvoir glycolitique du sang humain d'un diabétique qui de la normale (25 0/0) tombe à 16 0/0.

Où se déverse le ferment glycolitique produit? *Dans le sang* naturellement. Le ferment glycolitique, de la glande qui l'a sécrété, passe dans les veines pancréatiques : *la glycolyse in vitro est plus intense dans le sang de la veine porte* que dans tout autre sang (Lépine et Barral) (1); *la ligature des veines pancréatique provoque l'apparition de la glycosurie* (Gley) (2).

Mais dans le sang lui-même le ferment glycolitique ne se retrouve pas partout. Si l'on centrifuge du sang défibriné de chien bien portant, on constate que le *sérum*, qui est riche en sucre, *ne contient par trace de ferment*. *Les globules blancs au contraire en sont riches*. Si on traite par l'eau salée le coagulum, on obtient un liquide qui détruit énergiquement le sucre, et M. Lépine pense que cette action appartient bien aux globules blancs, car le chyle et la lymphe ont un pouvoir glycolytique bien supérieur à celui du sang. Ce pouvoir n'est donc pas une propriété vitale de l'*albumine* du sang (3).

Le ferment glycolytique est très sensible à la chaleur. Celle-ci après avoir exalté son activité parallèlement à son élévation, lui fait perdre ses propriétés à 54° centigr. (Lépine et Barral.)

Ces mêmes observateurs, au moyen d'un dispositif d'expérience des plus délicats, ont pu étudier *la glycolyse sur le vivant*. Faisant circuler du sang défibriné dans le membre inférieur d'un chien (4) ils ont pu doser le sucre du sang avant et après l'opération.

(1) *Lyon médic*, nov. 1890.
(2) Académie des sciences, 6 avril 1891.
(3) Lépine et Barral. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 23 février 1891, 25 mai 1891.
(4) Académie des sciences, juillet 1891.

Ils ont montré ainsi que la glycolyse était nulle ou faible lorsqu'on employait du sang défibriné de chien diabétique. Dans la pensée de M. Lépine cette expérience répond à l'objection qui avait été formulée par M. Arthus (1), et d'après laquelle les phénomènes de glycolyse étaient considérés comme des phénomènes cadavériques. Conclusions que vient encore de formuler Seegen plus récemment (2).

D'ailleurs, dans la réalité, ce n'est pas *dans le sang* même que se passent les phénomènes de glycolyse, mais bien au niveau des tissus (Chauveau, Cl. Bernard). Il y a donc, de ce fait, des conditions physiologiques, dont ne sauraient approcher les expériences faites *in vitro*.

En résumé, la conception de M. Lépine, en ce qui concerne la pathogénie du diabète sucré expérimental, peut se formuler de la manière suivante :

Le pancréas ne sécrète pas seulement des ferments digestifs — suc pancréatique. Les cellules sécrétoires déversent dans le sang un ferment destiné à détruire le sucre de l'organisme — fermant glycolytique.

Celui-ci se fixe sur les globules blancs qui sont chargés de le diffuser dans l'intimité des tissus.

L'extirpation du pancréas, en amenant la disparition de ce ferment, a pour conséquence l'hyperglycémie, et par suite la glycosurie.

Cette glycosurie, quand la lésion pancréatique est complète, offre le caractère de la glycosurie diabétique, c'est-à-dire qu'elle est grave, permanente et qu'elle s'accompagne des autres signes habituels du diabète

De là à entrevoir la pathogénie de celui-ci et à l'appliquer à la pathologie humaine il n'y avait qu'un pas.

Il ne faudrait pas se hâter cependant de croire que nous possédons par cela même la conception pathogénique du diabète — maladie consomptive et de nutrition. — On voit bien jusqu'à présent le rôle joué par le pancréas dans l'apparition d'un des symptômes du diabète — l'hyperglycémie et la glycosurie; mais comment l'azoturie, comment la dénutrition rapide ? La disparition du suc pancréatique est-elle seule en cause? Non, puisque l'azotarie et les phénomènes de désassimilation ne sont pas indépendantes de l'alimenta-

(1) Archives de physiologie, juin 1891.
(2) Soc. de méd. de Vienne, mars 1892.

contenterai de vous dire que, dans le résumé de son aperçu historique sur la médecine de colonisation néerlandaise, il insiste particulièrement sur quelques points, à savoir : que le service médical des Indes n'a jamais eu une existence indépendante; qu'un essai de former des médecins indigènes (école d'éducation pour les médecins indigènes à Batavia) a échoué; que le nombre des médecins communaux et civils est insuffisant pour les besoins du service médical de l'île; que les revenus des médecins communaux et civils n'est pas en rapport avec les services qu'ils doivent prêter; enfin que de tous les corps militaires, le corps médical est celui qui subit aux Indes néerlandaises les plus grandes pertes.

L'histoire du service médical de colonisation des autres pays n'est, en quelque sorte, que la répétition de celle que je viens d'exposer. Ainsi en Espagne, d'après les renseignements personnels que m'a donnés à Amsterdam le Dr Cabello, de Madrid, le service médical colonial avait été assuré jusqu'à 1863 par les médecins de l'armée et ceux de la marine; plus tard ce service fut assuré par ces mêmes médecins, mais par ceux qui avaient quitté le service. Après la grande insurrection qui eut lieu à Cuba en 1868 et qui fut réprimée, la prospérité du pays ayant baissé et le nombre des médecins étant devenu insuffisant, le Gouvernement espagnol obligea les communes des provinces d'outre-mer (provincias de ultra mare) de se pourvoir de médecin, qu'il engageait à cet effet dans la mère patrie. Cette organisation dure encore : le Gouvernement publie dans les journaux officiels la liste des places vacantes, exige dans un délai voulu les pièces justificatives et mérites des candidats, et ne leur accorde place, passage gratuit, etc., qu'après l'épreuve d'un concours où on les questionne sur la pathologie interne et externe, les maladies exotiques, etc. Les avantages matériels dont jouissent les médecins d'outre-mer sont assez considérables.

En Angleterre, c'est encore l'armée et la marine qui assurent le service médical royal des Indes, à condition toutefois, que les candidats, après avoir subi leurs examens à Londres, suivent

tion, et s'observent même quand l'animal est à jeun. (Hédou, voyez plus haut). Ne devons-nous même pas plutôt conclure, que si nous entrevoyons le mécanisme de la glycosurie, les liens qui unissent la lésion du pancréas aux phénomènes de dénutrition observés, les expériences et leurs conséquences théoriques ne nous le donnent pas ? (1).

— Les objections n'ont pas manqué d'ailleurs aux idées de M. Lépine. Nous avions déjà vu celles qui ont été formulées ; par M. Arthus et sur lesquelles il est revenu en mai 1891. De leur côté, MM. Arthaud et Butte (2) ont opposé au ferment glycolytique l'hypothèse de l'hypersécrétion du foie.

L'extirpation du pancréas, par suppression d'une circulation collatérale importante, provoque une dilatation du réseau artériel du foie, que l'on retrouve dans toutes les autopsies. Ces observateurs ont pu, en effet, provoquer la glycosurie chez un chien en liant le tronc cœliaque sauf l'artère hépatique. L'animal mourut et on put constater l'intégrité des cellules pancréatiques, la circulation s'étant rétablie par l'artère mésentérique. Cette observation intéressante, il est vrai, mais unique, ne prévaut pas sur les résultats acquis, elle ne réalise, ce semble, qu'un procédé de plus, propre à déterminer la glycosurie chez les animaux ; mais glycosurie n'est pas diabète. Elle mérite pourtant qu'on la retienne. Car pourquoi chercher une formule unique pour un état morbide dont la pathogénie est probablement aussi variable que les formes ?

Minkowski (4) extirpant à la fois les glandes salivaires et le foie à un chien montre que les résultats sont les mêmes que ceux de l'extirpation du pancréas. Voilà donc un diabète ou la théorie, quelque séduisante et probante qu'elle soit, se trouve à court.

(1) Soc. de biologie, 2 mai 1891.
(2) Soc. de biologie, 25 janvier 1890.
(3) M. Hanriot (Acad. de sc., 22 février 1892) qui a fait des recherches sur la nutrition dans le diabète a cherché à pénétrer plus avant le mécanisme de la consomption, que l'absence du suc pancratique n'explique peut-être pas suffisamment. Il a constaté que le diabète glycosurique est caractérisé par la non-transformation du glycogène en graisse contrairement à ce qui se passe normalement. (Acad. de sc., 16 février 1892.)
Le diabétique est donc privé d'un de ces modes de formation de graisse dans l'organisme. S'il s'y joint la non absorption de la graisse alimentaire, par suite de l'absence du suc pancréatique, la consomption arrive rapidement et le diabète maigre est constitué.
(4) Berlin. klinische Wochens., 1892, n° 5.

C'est à cette conclusion qu'arrive *Seegen* (1), qui a repris les expériences de MM. Lépine et Barral, et qui admet que le diabète peut survenir avec une intégrité complète du pancréas, ainsi qu'en fait foi d'ailleurs, une autopsie de Sandmeyer (de Marbourg) (2), où le pancréas d'un enfant de 7 ans, mort de diabète, ne montrait aucune altération à l'œil nu ou au microscope, mais où il y avait une dégénération du tiers antérieur des cordons de Goll.

III.

Jusqu'ici nous n'avons passé en revue que les faits expérimentaux montrant que l'extirpation du pancréas produit le diabète chez les animaux. Pour que la généralisation de la théorie soit possible et applicable à la pathologie humaine, il faudrait trouver dans toutes les autopsies de diabétiques, du moins de diabétiques maigres, des lésions constantes du pancréas.

En réalité, celles-ci sont fréquentes, et si l'on tient compte de ce fait, que dans bon nombre de cas elles ont pu passer inaperçues, parce qu'on ne les a pas cherchées, le nombre de diabètes avec altération du pancréas doit être encore plus considérable qu'il ne paraît.

Nous avons déjà parlé des recherches de M. Lancereaux; Bouchardat, lui-même, frappé dans les autopsies de diabétiques de la fréquence des lésions du pancréas, avait conseillé aux observateurs de ne pas perdre de vue la recherche des altérations de cet organe. On connaît, d'autre part, un certain nombre d'observations dues à Cowley (1788), Bright (1833), Cl. Bernard, Griesinger, Frerichs, Lecorché, Bouchard, Lapierre, etc. — Laffitte, dans sa revue, en cite une due à Chopart (1791), observation dans laquelle le pancréas a été trouvé altéré : calculeux, induré, cartilagineux. Il s'agissait de diabète présentant le caractère du diabète maigre.

Plus récemment MM. Lemoine et Lannois (3) ont étudié microscopiquement un certain nombre de pancréas de diabétiques, ils y ont trouvé d'une façon constante les mêmes lésions, consistant essentiellement en une sclérose

(1) Société royale de méd. de Vienne. mars 1892.
(2) Congrès de méd. int. de Wiesbaden, 1891.
(3) *Arch. de méd. expérim.*, 1891.

---

pendant un certain temps les cours de l'école spéciale de Netley, où on leur enseigne, d'une manière particulière, les maladies des pays chauds et l'organisation sanitaire aux Indes et aux colonies, et où ils suivent un cours pratique au laboratoire d'hygiène et à la chambre microscopique (microscopical room). Inutile d'ajouter que le service médical dans les colonies est largement rémunéré; déjà, à Netley les candidats reçoivent, lors de leur instruction, 10 francs (1) par jour. Ainsi il n'y a pas, en réalité, de service médical civil officiel dans les colonies anglaises, et la seule obligation qu'on impose aux médecins de colonies c'est qu'ils soient enregistrés, ainsi que l'exige le « medical Act ». Le Dr Dyce-Duckworth, professeur à l'école spéciale de Netley, a beaucoup insisté, dans l'intéressante communication qu'il fit au Congrès d'Amsterdam de 1883 (2), sur trois points : l'absence en Angleterre d'un office médical (medical Board) ou d'un médecin spécial qui puisse éclairer le ministre des colonies sur les questions sanitaires; la nécessité de donner une éducation aussi complète que possible aux médecins de colonies, lesquels ne doivent compter dans leurs rangs aucune médiocrité, ni infériorité ; en dernier lieu, l'inopportunité d'encourager l'exercice de la médecine par les indigènes. La présence au Congrès d'Amsterdam des illustres délégués britanniques, les Drs Fayrer et De Chaumont, et l'esprit pratique des Anglais nous sont garants qu'à l'heure qu'il est les lacunes signalées par le Dr Dyce-Duckworth ont dû être comblées.

Que vous dirai-je de la médecine de colonisation des autres nations? Rien, les renseignements à leur égard me faisant défaut. Je ne puis cependant passer sous silence celle de la Russie. Celle-ci, par exemple, n'y va pas par quatre chemins dans la colonisation d'outre-terre qu'elle a entreprise en Asie et qu'elle poursuit avec une méthode et un esprit de suite dignes de sa grande mission civilisatrice dans l'extrême Orient,

(1) Huit shillings.
(2) V. l. c. p. 224.

diffuse *péricellulaire*, étouffant les éléments sécrétoires du pancréas.

M. Vaugban Harley (1) a publié deux observations intéressantes de diabète pancréatique. Dans l'un des cas on trouva une atrophie scléreuse du pancréas; au milieu des travées du tissu conjonctif existaient *des abcès* dus au stapbyloccocus pyogénes aureus.

Faisons remarquer en passant toute l'importance d'une semblable constatation au point de vue de l'origine infectieuse possible de certains diabètes.

Dans le second cas il s'agissait d'un cancer du pancréas.

M. Thiroloix (2) faisant l'autopsie d'un diabétique mort dans le service de M. Lancereaux a trouvé le pancréas réduit à une bande fibreuse, avec hypertrophie des ganglions nerveux du plexus solaire.

M. Sottas (3), chez un vieillard de Bicêtre qui succombe à un diabète rapide, trouva, à l'autopsie, un pancréas bourré de calculs.

Il est probable, maintenant que l'attention des observateurs est attirée vers le pancréas, que les constatations de ce genre deviendront de jour en jour plus fréquentes.

Est-il juste, maintenant, en se basant sur les caractères de diabète consomptif qu'affecte le diabète expérimental, d'attribuer cliniquement toujours à une lésion pancréatique le diabète maigre de l'homme? Et le diabète gras demande-t-il une autre pathogénie?

On connait à ce propos les divisions de M. Lancereaux (4) qui au nom de la clinique et de l'étiologie distingue ces deux formes l'une de l'autre, nous ne pouvons entrer ici dans le fond de cette discussion qui nous entrainerait beaucoup trop loin. Disons seulement que les partisans de l'unité du diabète n'ont pas manqué de faire ressortir que le diabète des enfants était un diabète maigre, et que ceux-ci étaient souvent issus de souche arthritique ou de parents diabétiques gras, — ce qui soit dit en passant ne prouve pas grand'chose, — au lieu que l'on pouvait voir chez un même sujet la succession de deux diabètes — gras et maigre. Mais pourquoi encore, et comme dans tant d'autres circonstances, vouloir faire rentrer de force dans une forme morbide établie d'après la pathogénie, des formes qui n'ont pour base qu'un symptôme?

Il est plus important de remarquer que Beaumel, Lemoine et Lannois, Lepine et Audry ont noté des lésions identiques du pancréas dans l'un et l'autre diabète. Mais quelle lésion? de la *sclérose*? c'est une lésion banale. Nous ne savons rien des *altérations cellulaires* mêmes du pancréas, et nous ne sommes guère plus avancés en ce qui concerne la *lésion nerveuse* des nerfs pancréatiques, ou même des centres ganglionnaires ou autres. Nous avons un gros fait expérimental, brutal, — l'extirpation du pancréas suivie du diabète; — nous avons d'autre part des constations cadavériques plus ou moins importantes — calcul, sclérose; nous entrevoyons le pourquoi de l'hyperglycémie, de la glycosurie; mais le mécanisme intime par lequel se produit l'azoturie dans un cas, la glycosurie dans l'autre, l'un et l'autre dans un troisième, nous ne le connaissons pas. Les modifications cellulaires nous échappent.

Et là est probablement la clef des différentes formes du diabète, sans compter que l'influence nerveuse ne doit pas être oubliée, ainsi que le prouvent les glycosuries émotives et même toxiques. Or, peut-on au point de vue pathologique, séparer la glycosurie du diabète?

Celle-là est le cri de souffrance — entre autres — de la cellule pancréatique, comme l'ictère est celui de la cellule hépatique, l'albuminurie celui de la cellule du rein. Et les rapports qui chez un même individu existent entre la glycosurie et le diabète, sont les mêmes que ceux qui unissent dans certaines maladies du foie, l'ictère passager sans trouble très marqué de la santé avec l'ictère chronique avec dépérissement.

Dans le premier cas l'élément cellulaire souffre, sa biologie se dévie, il est vrai, mais le rôle qu'il joue dans la nutrition générale n'est pas suffisamment atteint pour

(1) *British medic. Journal*, 1892.
(2) Société anatomiq., 1891.
(3) Société anatomiq., 1891.
(5) *Union medical*, 1890.

Là, aussitôt le pays annexé et la Goubernia (province) organisée, elle installe dans les chefs-lieux un comité médical civil (Vratchebnaia Ouprava) composé d'un médecin-inspecteur, d'un chirurgien et d'un accoucheur, et dans chaque arrondissement (district) un médecin urbain (gorodovoï vratch) et un médecin rural (ouiezdni vratch) chargé des soins à donner dans les campagnes. Tous ces médecins sont fonctionnaires de l'État et rétribués par lui. Le Gouvernement russe ne poursuit en réalité ni la colonisation de peuplement, ni celle de roulement : il assimile, et je puis vous certifier, moi qui ai été élevé en Russie, qu'il va vite en besogne; aussi la colonisation de peuplement s'opère-t-elle d'elle même dans les immenses territoires asiatiques. Cantonner les hordes barbares, changer leur vie nomade en agricole, éveiller dans leur esprit le respect pour les hommes d'élite qu'elle envoie au milieu d'eux et l'admiration pour notre civilisation que ceux-ci représentent, voilà la grande œuvre de la Russie en Asie. Et qu'il me soit permis d'ajouter que, dans cette œuvre, la meilleure part revient à nos confrères transcaucasiens, sibériens et asiatiques.

Après vous avoir fait ce court aperçu historique de la médecine de colonisation en général, je ne puis ne pas faire mention de l'installation, dans les colonies de différents pays, des écoles ou facultés médicales. Il en existe plus qu'on ne le croirait; ainsi dans les colonies espagnoles il y a des facultés de médecine à Cuba et à Manille, assimilées, toutes les deux, aux facultés d'Espagne; à Batavia, il y a l'école d'éducation pour les médecins indigènes que Becking a sans doute visée dans sa communication au Congrès d'Amsterdam, lorsqu'il disait que l'essai de former des médecins indigènes a échoué; dans les colonies anglaises il y a les facultés de médecine de Melbourne, de Sydney, d'Adélaïde, des Barbades, du cap de Bonne-Espérance, de Tasmanie, de la Nouvelle-Zélande, de Ceylan, de Calcutta, de Madras, de Bombay, de Montréal, de Kingston, et d'autres encore que je nomme pas; chez nous, nous avons l'école d'Alger, qui deviendra bientôt faculté, et l'école de Pondichery. Toutes ces écoles, grâce à nos puissants moyens de communication actuels, deviendront sous peu autant de foyers scientifiques qui ne le céderont, il faut l'espérer, en rien à nos facultés européennes.

(*A suivre.*)

qu'il livre à l'organisme des substances impropres à l'entretien de la vie, d'où l'absence de dépérissement.

De même la cellule pancréatique peut-elle être atteinte seulement dans son pouvoir glycolytique, et peut-elle sécréter un suc pancréatique capable encore de jouer son rôle physiologique empêchant ainsi les symptômes de dépérissement, que les ligatures du canal de Wirsung nous ont montrés comme étant la conséquence de sa suppression?

C'est dans cet ordre d'idée que l'on pourra peut-être arriver à une compréhention adéquate de l'hérédité morbide, et en particulier de l'hérédité du diabète: celle-ci se bornant à imprimer aux éléments cellulaires une résistance plus ou moins limitée aux causes qui peuvent troubler leur fonctionnement. On comprend alors comment des causes diverses, des émotions, une intoxication, une maladie infectieuse, du surmenage, un certain genre de vie, etc., etc., peuvent amener l'éclosion du trouble de la cellule chez certains individus et pas chez d'autres; l'agent extérieur perturbant ayant dépassé dans ce cas la résistance physiologique de la cellule prise en particulier. De là pour le pancréas, l'apparition de la glycosurie, et si la perturbation est plus profonde de l'azoturie, et des phénomènes de dépérissement. Mais, ici encore comme dans tous, les actes de l'organisme, le mécanisme est complexe, et l'action du système nerveux glandulaire peut y jouer un rôle important. On conçoit dès lors pourquoi nous avons pu dire que les lésions de sclérose et les calculs trouvés dans le pancréas étaient des constations banales, et pourquoi l'absence de lésions trouvées à l'autopsie n'a aucune signification contre l'origine pancréatique du diabète.

On peut certainement en effet, entrevoir un diabète par *inhibition* pure et simple des fonctions des cellules pancréatiques, et de fait, la coexistence du diabète avec certaines maladies de l'axe cérébrospinal n'est pas une rareté (1).

Mais ces formes vraiment pathogéniques du diabète pancréatique, nous ne pouvons que les soupçonner; la suppression ou la *suspension* de la fonction sécrétoire du pancréas, nous ne la connaissons encore, ainsi que nous le disions à l'instant, que par une extirpation violente, il nous faut donc attendre de l'avenir la consécration de faits nombreux et bien étudiés. Mais pour être complètes, les observations devront ne pas se contenter de mentionner l'état du pancréas: on devra faire également une étude approfondie du système nerveux abdominal et cérébrospinal, étudier l'étiologie avec soin, les incidents qui ont occasionné l'éclosion du diabète, etc. — Dans cette question comme dans toutes d'ailleurs, la médecine expérimentale, après avoir fourni les bases physiologiques de la maladie, demande à la *clinique* et à *l'anatomie pathologique* de compléter son œuvre et de la parfaire.

Par ce qui precède, on voit que la théorie pancréatique du diabète de M. Lépine et de M. Lancereaux, s'écarte sensiblement de celle à laquelle M. Bouchard a apporté l'autorité de son nom et de ses travaux pathogènes qui repose sur le défaut de la consommation du sucre par les éléments anatomiques, et qui rattache le diabète aux maladies par ralentissement de la nutrition.

(1) Voyez en particulier en ce qui concerne l'ataxie. *Arch. de neurologie*, par Guignon et Sungues.

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYROÏDE

(*Suite*) (1).

III. Sur des altérations des nerfs périphériques dans la cachexie strumiprive de l'homme et du singe et dans le crétinisme, par le prof. Langhans. (*Virchow's Archiv.* t. CXXVIII, fas. 2, p. 318.)

IV. — Sur la physiologie de la glande thyroïde, par le Dr Hofmeister, *Fortschritte der Medecin*, 1892, n° 4, p. .)

V. — Sur la morphologie de la glande thyroïde de l'homme, par le Dr K. Weibgen. *Münchener medicin. Abhandlungen*, t. VIII. Analysé in *Deutsche Mediz. Zeit.*, 1892, n° 49, p. 560.)

VI. — Sur l'inflammation de la glande thyroïde, par le prof. Koranyi. (*Pester medicin. chirurg. Presse*, 1892, n° 14.)

VII. — Deux cas de strumite d'origine hématogène, par MM. E. Kummer et E. Tavel. (*Revue de chirurgie*, 1891, n° 6, p. 507.)

III. — L'intérêt de cette première partie du mémoire de Langhans réside dans la description des *cellules vésiculaires* (*Blasenzellen*), dont il a été question plus haut, et que l'auteur a découvertes à l'autopsie de trois sujets qui étaient atteints de la cachexie strumiprive, et de deux singes qui avaient subi l'extirpation du corps thyroïde.

Ces cellules sont complètement dépourvues de protoplasma. Elles sont constituées par une membrane, dont la face interne présente une dépression en forme de hile, supportant 1-2-3 noyaux, quelquefois entourés de granulations. De là partent des cloisons qui subdivisent l'intérieur en huit, dix et même vingt loges. Ces cellules sont pour la plupart très volumineuses, d'une forme à peu près arrondie. Elles se rencontrent à la face interne du périnèvre, par amas, et elles forment plusieurs couches de faisceaux plats de fibrilles. Leur plus grand diamètre mesure chez l'homme de 0,028 à 0,03 et souvent chez le singe 0,04. Leur membrane se colore en bleu quand on la traite par le réactif de Merkel, en rouge quand on la traite par l'hématoxiline-éosine. Le contenu de la cellule est absolument liquide. Quelquefois il s'est résorbé en partie, et alors la membrane limitante présente des plis. M. Langhans ne peut rien dire de positif sur la nature de ce contenu. Quelques cellules ne renferment pas de noyaux.

Les formes jeunes de ces *cellules vésiculaires* seraient représentées par les petites cellules qu'on rencontre chez l'homme dans les ramuscules nerveux les plus fins, notamment dans les nerfs intra-musculaires; on les aperçoit en grand nombre dans les espaces lymphatiques dilatés. Leur contenu est subdivisé en 3-4 loges. Leur membrane est un peu plus épaisse et renferme une certaine quantité de protoplasma autour du noyau. Ce sont ces cellules qui se métamorphosent en *cellules vésiculaires*, et cette métamorphose est achevée sept jours après l'extirpation de la glande thyroïde.

IV. — Après avoir passé en revue les principaux travaux relatifs à la physiologie de la glande thyroïde, l'auteur rend compte de ses propres recherches expérimentales, qui ont consisté à étudier les suites de la thyroïdectomie chez des lapins. Il a expérimenté de préférence sur les animaux de cette espèce, en raison de leur résistance plus grande aux

(1) Voir le numéro précédent.

suites de l'extirpation de la glande thyroïde. Ses expériences étaient conduites de la façon suivante : des lapereaux d'une même portée étaient divisés en deux groupes ; aux plus vigoureux on extirpait la moitié de la glande thyroïde, les autres servant de sujets de contrôle. Tous les animaux étaient sacrifiés au bout d'un intervalle de temps variant de dix semaines à sept mois.

L'opération a toujours été bien supportée. Comme suites constantes, on a noté que les animaux thyroïdectomisés avaient un poil plus rude et un aspect bouffi. A l'autopsie, la rate et le thymus présentaient un poids plus élevé chez les sujets de contrôle, preuve que les organes n'avaient pas subi d'hypertrophie compensatrice chez les animaux thyroïdectomisés. Chez ces derniers, par contre, la glande pituitaire atteignait un poids plus considérable que chez les sujets de contrôle.

A l'examen microscopique, Hofmeister a constaté une augmentation de volume des cellules capitales, et, par suite, un écartement plus considérable des noyaux ; en même temps les cellules réalisaient l'état de vacuolisation.

D'une façon constante, les os du squelette présentaient un arrêt de développement considérable chez les animaux thyroïdectomisés, plus prononcé sur les os longs que sur les os plats ; l'ossification des points épiphysaires était également en retard. Enfin la selle turcique était beaucoup plus vaste que chez les sujets de contrôle, ce que l'auteur met en rapport avec l'hypertrophie de la glande pituitaire. A ce propos, l'auteur rappelle qu'à l'autopsie d'un crétin thyroïdectomisé 19 ans auparavant, Doléga a trouvé la selle turcique de dimensions exagérées.

Trois des animaux thyroïdectomisés par l'auteur étaient des lapines. Chez toutes les trois, l'ovaire réalisait la structure décrite par Ziegler sous le nom d'hypertrophie folliculaire, coïncidant avec une maturation prématurée d'un grand nombre de follicules.

En somme, l'auteur, tout en reconnaissant que ses recherches sont loin d'avoir abouti à des résultats définitifs, croit néanmoins pouvoir conclure que ni la glande pituitaire, ni la petite glande thyroïde accessoire découverte par Gley ne peuvent suppléer dans ses fonctions la glande thyroïde proprement dite.

V. — Les recherches faites par Weibgen, à l'instigation du professeur Bollinger, et qui ont porté sur 205 cadavres, ont donné en substance les résultats suivants :

Le poids de la glande thyroïde, sujet à des oscillations assez étendues pendant les premiers temps de la vie, subit un accroissement considérable à l'époque de la puberté. Il est dans un rapport fixe avec le poids corporel ; ce rapport diminue après la naissance. En thèse générale, le lobe droit pèse plus que le lobe gauche. Le lobe moyen, qui existe chez la plupart des sujets, est plus souvent situé à gauche qu'à droite. Dans 72 p. 100 des cas l'isthme de la glande était situé immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde.

Enfin les recherches de l'auteur démontrent que chez les habitants de Munich le goitre se rencontre dans la proportion de 25,8 p. 100, et que cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

VI. — M. Koranyi insiste sur la nécessité de distinguer la strumite de la thyroïdite, la première devant désigner l'inflammation d'une glande thyroïde déjà goitreuse, et la seconde l'inflammation d'une glande thyroïde normale.

Depuis 1878, l'auteur a eu l'occasion d'observer 4 cas de thyroïdite : un premier cas concernait une femme en couches, affectée d'une péri et d'une paramétrite puerpérale. L'inflammation de la glande thyroïde a eu une durée de quinze jours. Le second cas a été observé chez une femme enceinte de sept mois ; la tuméfaction de la glande a mis quatre jours à atteindre son apogée ; deux semaines plus tard il n'en restait plus de traces. Le sujet de la troisième observation, une femme parvenue au quatrième mois de la grossesse, avait été atteinte d'une pneumonie double dans le cours d'une attaque d'influenza. La pneumonie était en voie de résolution et la fièvre persistait sans causes apparentes, lorsque la malade se plaignit d'une certaine gêne de la déglutition. On s'aperçut alors que sa glande thyroïde était tuméfiée, et il en résulta une dyspnée considérable en même temps qu'une fièvre intense. On fit des applications de sangsues, de compresses froides, de pommades mercurielle et iodurée, *loco dolenti*. Finalement, on obtint la résolution complète de la thyroïdite. Enfin, le quatrième cas concernait une femme typhique parvenue au stade de défervescence ; chez elle, l'inflammation de la thyroïde s'accusa également par une élévation de la température corporelle ; guérison spontanée au bout d'une dizaine de jours.

En considération de ce fait, que, chez trois de ces malades, l'inflammation de la glande thyroïde était survenue dans le cours d'une maladie infectieuse aiguë, l'auteur incline à considérer la thyroïdite comme une maladie d'origine hématogène. L'auteur a insisté encore sur ce que les manifestations locales, telles que la dysphagie, la dyspnée, dépendent surtout de la conformation, de la présence ou de l'absence de l'isthme de la glande, de la présence éventuelle d'un troisième lobe endolaryngé.

VII. — MM. Kümmer et Tavel, après avoir également posé en fait la nécessité de distinguer la strumite de la thyroïdite, font remarquer que le corps thyroïde est un organe à structure glandulaire sans canal sécréteur, sans communication avec la peau et les muqueuses, que dès lors, dans les cas où une cause directe, telle qu'un traumatisme, une ponction ou une inflammation de continuité peut être exclue, on a affaire à une infection d'origine hématogène, avec ou sans foyer primitif.

Les deux auteurs relatent ensuite un cas de strumite typhique, qu'ils donnent comme un type d'un foyer métastatique d'une infection primitive, laquelle avait son siège dans le tube intestinal. Le foyer de strumite a été extirpé sans ouverture de la collection purulente. L'examen bactérioscopique du pus a démontré que ce liquide ne renfermait comme bactérie unique que le bacille d'Eberth. Détail intéressant à noter, ce sont les résultats de l'examen du foyer métastatique qui ont fait découvrir la nature de la maladie primitive (fièvre typhoïde) qui, sans cela, aurait pu passer pour un catarrhe intestinal simple.

Une autre observation relatée par les deux auteurs se rapporte à un cas de strumite chez une femme en couches, strumite sans foyer primitif évident. La malade fut traitée sans résultat pendant six semaines par les palliatifs ; puis on procéda à l'extirpation de la collection purulente. Quatre semaines après, la malade était complètement guérie.

L'examen bactérioscopique a démontré qu'en fait de bactéries, le pus ne contenait presque exclusivement que des streptocoques. Selon les deux auteurs, l'hypothèse la plus

probable est que les streptocoques étaient entrés dans le corps de la malade, lors de son récent accouchement, et que, suivant leur habitude, ils se sont localisés dans un organe qui présentait déjà des altérations pathologiques, c'est-à-dire dans la glande thyroïde qui était le siège d'une dégénérescence goitreuse.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DES LUXATIONS SUS-ACROMIALES DE LA CLAVICULE. TRAITEMENT PAR LA SUTURE MÉTALLIQUE, par M. G. LAFON. — (Th. Paris.)

Les luxations de la clavicule se divisent en deux espèces: les luxations de l'extrémité externe ou acromio-claviculaires et les luxations de l'extrémité interne ou sterno-claviculaires. Les premières comprennent les luxations sus-acromiales, les luxations sous-acromiales, peut-être même les luxations sous-coracoïdiennes. Les luxations sus-acromiales sont de beaucoup les plus fréquentes: suivant le degré de saillie de la clavicule elles peuvent être distinguées en complètes ou incomplètes.

S'observant surtout chez l'homme, la luxation sus-acromiale reconnaît pour cause ordinaire une chute sur le moignon de l'épaule ou un choc sur l'épaule. Une chute sur le coude peut encore être la cause de cette luxation et il est aisé de comprendre que rien n'empêche sa production dans une chute sur la main, quoiqu'on n'en ait pas encore, semble-t-il, cité d'exemples.

D'un diagnostic facile, la lésion commande un pronostic réservé, non que le blessé soit exposé à des dangers, mais parce que les bandages et les appareils habituellement employés so montrent impuissants à procurer une guérison sans difformités. Si la réduction est aisée, la contention est difficile, car, ou bien les appareils n'exercent pas une compression sur l'os luxé et alors la lésion se reproduit, ou bien ils remplissent l'indication capitale, agissant directement sur la saillie osseuse, mais provoquant des douleurs que le blessé ne peut supporter. Dans ces conditions le traitement par la suture métallique est aussi justifié que la suture de la rotule dans les fractures récentes de cet os, aussi doit-il être conseillé. Quant à l'ankylose consécutive il convient de ne s'en pas préoccuper étant donnés les faibles mouvements dont jouit cette articulation à l'état physiologique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉUNION IMMÉDIATE DANS LE TRAITEMENT DE LA FISTULE ANALE, par M. SUREL. — Th. Paris.

La réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale n'est pas unanimement acceptée. C'est une opération rationnelle si l'on veut, elle diminue dans une certaine mesure la durée du mal, mais cela sous la sauvegarde de la plus rigoureuse et de la plus efficace antisepsie. Si un point de suture craque tout est à recommencer et alors le bénéfice des précautions antérieures, du séjour rigoureux du malade au lit est à peu près absolument perdu. L'asepsie et l'antisepsie ont permis sans doute de faire des merveilles mais qu'on prenne garde de ne pas leur demander plus qu'elles ne peuvent donner: n'oublions jamais, quoi qu'on ait pu dire que ces deux mots « antisepsie rectale » jurent ensemble.

En analysant ici même le travail de M. Longo j'ai rompu une lance contre la réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale non qu'elle ne puisse parfois être recherchée et obtenue, mais ses indications semblent être l'exception et généraliser serait pécher par excès.

Pour M. Surel la réunion immédiate doit être préférée dans les cas de trajets simples, dans les fistules sous-tégumentaires, sous-muqueuses et intra-sphinctériennes. Dans les fistules trans-sphinctériennes et extra-sphinctériennes, elle permet de réunir immédiatement le sphincter et ainsi prévient l'incontinence. La tuberculose ne serait pas une contre-indication à son emploi. Si l'on a affaire à des fistules très élevées ou compliquées de clapiers, de diverticules ou d'indurations étendues autour du trajet, il est préférable de recourir à l'incision simple au bistouri ou au thermocautère, ce dernier se trouvant plus particulièrement indiqué lorsque la fistule est de nature tuberculeuse.

PARALYSIES ET POLYPES DES CORDES VOCALES, par M. BARISIEN. Th. Paris.

Le laryngoscope est aussi nécessaire pour l'étude des maladies du larynx que l'otoscope et l'ophtalmoscope le sont pour l'étude des maladies des oreilles et des yeux. Pour asseoir un diagnostic certain, quand il s'agit de troubles phonateurs ou respiratoires, c'est à l'examen laryngoscopique qu'il faut nécessairement recourir. S'il peut en ces cas être question de paralysie des dilatateurs, il ne faut pas oublier non plus que les polypes si fréquents au larynx sont susceptibles d'être mis en cause et nombreux sont les malades traités pour paralysie des cordes vocales alors que l'extraction d'un polype eût entraîné une guérison radicale et rapide.

D'après les seuls signes fonctionnels on ne peut avoir que des présomptions plus ou moins grandes sur la cause du mal. Le diagnostic ne saurait être posé ferme sans l'emploi du laryngoscope, dans les cas de polypes, que si le malade expectore des petits fragments de tumeurs. Alors le doute n'est plus possible d'autant que l'examen microscopique vient révéler lui-même la constitution du tissu morbide.

SIMULATION ET DISSIMULATION DES MALADIES DANS LA MARINE, par M. A. MOTTIN. — (Th. Paris.)

Il faut avoir vécu de la vie militaire pour savoir combien sont nombreux les hommes qui, dans le but d'éviter une corvée, d'obtenir une exemption de service, de décrocher comme ils disent un congé de convalescence allèguent une maladie qu'ils n'ont pas, ou exagèrent au-delà de toutes limites une affection passagère et absolument bénigne. Les « carottiers », qu'on les observe dans l'armée ou dans la marine, sont une véritable plaie, et si ce n'était qu'au bout d'un certain temps d'observation, le médecin chargé d'un service à bord ou dans un régiment, arrive à les connaître à peu près tous, sa mission risquerait d'être tout à la fois des plus ingrates et des plus absorbantes. Témoin ce fait bien connu de l'augmentation du nombre des malades à l'arrivée de tout nouveau médecin, témoin cette affluence si souvent constatée et dont le commandement a eu maintes fois à s'émouvoir aux visites passées par le médecin de réserve en temps de manœuvres.

Ce qui nous étonne, c'est d'apprendre par M. Mottin que la simulation est de nos jours, dans la marine, plus fréquente qu'elle ne l'a jamais été. Une telle affirmation va si bien à l'encontre de ce qui s'observe dans l'armée de terre qu'on

est à se demander si, en raison de sa jeune expérience, la foi de l'auteur n'a pas été surprise. Un fait admis aujourd'hui, sans conteste, c'est que les militaires simulateurs sont rares, et qu'il s'agit à peu près toujours d'exagération d'un mal réel plutôt que de sa simulation proprement dite.

Quant aux moyens employés pour déjouer cette dernière ils sont tellement nombreux, ils ont été étudiés avec tant de soins par des médecins prudents et sagaces que M. Mottin ne pouvait assurément prétendre à autre chose qu'à en donner, dans un très petit nombre des pages, une idée générale. Aussi apprécierons-nous son mémoire en disant qu'avec quelques légères modifications il paraîtrait à point pour servir de préface à un traité de la simulation et de la dissimulation dans les milieux militaires.

Loin de nous l'idée de vouloir déprécier le travail de M. Mottin, travail bien présenté, bien écrit, mais ne sortant guère du domaine de la théorie, trop court en tous cas pour pouvoir être de quelque utilité pratique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MYXOMES DU LARYNX, par M. THIÉBAULT. (Thèse de Paris.)

Les myxomes du larynx considérés par les auteurs comme très rares, pourraient bien, à l'avenir, acquérir une fréquence plus grande à mesure que l'étude microscopique en sera faite d'une façon plus régulière. Leurs symptômes se rapprochent de ceux des polypes du larynx. Les myxomes de l'organe se présentent en effet comme des tumeurs le plus souvent pédiculées, siégeant de préférence sur les cordes vocales, mais pouvant affecter évidemment telle autre partie de l'organe vocal. Ils ont pour caractères d'avoir un accroissement très lent avec des poussées congestives se traduisant par une exagération de symptômes.

Le traitement le plus simple, puisqu'il s'agit habituellement de tumeurs nettement pédiculées, c'est l'arrachement. Une bonne précaution consiste à le faire suivre de cautérisations successives pour éviter les récidives. Le traitement électrique a souvent servi à combattre la paralysie consécutive de l'une des deux cordes vocales, paralysie fréquente dans les myxomes à cause de leur durée relativement longue, les autres néoplasmes laryngés évoluant d'habitude d'une façon plus rapide.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PAR LE SALOL, par G. BARRAUD. (Thèse de Paris.)

Quoi qu'on ait pu dire, le salol semble avoir peu d'action dans le traitement de la blennorrhagie. Et même dans les maladies à marche subaiguë ou approchant de la période de délire, il ne paraît produire aucun résultat. Sans valeur analgésique spéciale, les modifications de la douleur n'ont été, dans les observations rapportées par l'auteur, que corrélatives aux modifications survenues dans l'écoulement.

Le salol a pour lui, il est vrai, de ne pas provoquer d'accidents, d'être bien supporté et admirablement toléré par l'estomac, de ne pas influencer en mal l'évolution de la blennorrhagie. Mais c'est, en somme, trouver bien peu à l'actif d'un médicament que d'aucun tendaient à considérer comme spécifique.

CH. AMAT.

MÉDECINE PRATIQUE

Le phénate de cocaïne. (*Rev. de thér. médico-chirurg.*, par le Dr VON OEFELE (d'Hengersberg.)

Le nouveau sel possède des propriétés analgésiantes plus persistantes que la cocaïne seule, et comme on injecte une moindre quantité d'alcaloïde, on diminue les chances d'intoxication. La persistance de l'analgésie, sous l'influence du phénate de cocaïne, s'explique par l'insolubilité du sel qui ne s'absorbe pas. Voici quelques-unes des formules préconisées par le Dr Von Oefele :

Pour applications locales dans le pharynx, sur les amygdales, etc. :

Phénate de cocaïne	1 gramme.
Alcool absolu	10 —

Mêlez. — Usage externe.

Phénate de cocaïne	1 gramme.
Ether sulfurique alcoolisé	10 —

Mêlez. — Usage externe.

Pour injections hypodermiques et pour instillations dans l'oreille (dans les cas d'otalgie) :

Phénate de cocaïne .... 10 centigr.

Faites dissoudre dans :

Alcool .... 5 grammes.

Ajoutez :

Eau distillée .... 5 grammes.

F. S. A. — Injecter le contenu de 1 à 3 seringues de cette solution.

Traitement du furoncle incisé.

M. Burlureaux conseille de remplir la cavité avec la poudre suivante :

Chaux vive	parties égales.
Carbonate de soude	
Alun	

La puissance bactéricide du mélange est extrêmement plus considérable que l'action isolée de chacun des composants. La cicatrisation du furoncle s'opère avec une rapidité peu commune et, en tuant sur place les microcoques pathogènes, on garantit le malade contre les invasions ultérieures.

(*La Pratique de l'antisepsie dans les maladies contagieuses.*)

Du traitement de la dermite scrofuleuse et du lupus, par H.-G. BROOKE. (*British J. of Dermatology*, décembre 1891.)

M. Brooke, dans certains cas qui ne pouvaient être traités par des mesures plus radicales, a employé avec succès la pommade suivante :

Oxyde de zinc	àà 8 grammes
Poudre d'amidon	
Vaseline blanche	15 —
Oléate d'hydrargyre à 5 0/0	30 —
Acide salicylique	1 gr. 25
Ichtyol	1 gr. 25
Huile de lavande	Q. s.

Ichthyol

M. C. Charles, dans les brûlures du premier et du second degré, et dans certains ulcères, s'est bien trouvé de l'ichthyol à 2 0/0. On peut employer aussi, térébenthine et ichthyol, égales parties ; ichthyol et glycérine, égales parties. Ce trai-

tement lui a également donné de bons résultats dans le zoster, l'eczéma, l'acné, l'acné rosacé, le sycosis et le psoriasis. De même contre les furoncles, l'anthrax et même l'érysipèle.

Idem.

BULLETIN

— Les mesures prises contre la rage par la suppression des chiens errants ont été, la semaine dernière, très nettement appuyées par l'Académie de médecine. La discussion s'est ouverte par les observations de M. Dujardin-Beaumetz qui a fait remarquer, en outre, la faible mortalité des personnes mordues et soignées à l'Institut Pasteur, mortalité ne s'élevant qu'à 0,84 0/0, alors que la moyenne de celle des personnes mordues par des animaux enragés est de 15 à 16 0/0 dans les conditions ordinaires.

En 1888, le nombre des animaux enragés atteignit à Paris le chiffre énorme de 864; le préfet de police prit alors des mesures rigoureuses contre les chiens errants et exigea que durant six semaines les chiens fussent tenus en laisse. L'effet de ces mesures fut immédiat et en 1889, le nombre des animaux enragés n'était plus que de 367 et de 263 seulement en 1890. D'autre part, le nombre de personnes mordues en 1890 n'avait été que de 61. Mais en 1891, le nombre des chiens enragés remonte à 400 et pendant les six premiers mois de l'année 1892, il a été également très élevé; 143 personnes avaient été mordues en 1891.

En conséquence de cette situation grave, le préfet de police a pris un arrêté exigeant que les chiens fussent tenus en laisse ou muselés. Et l'Académie, sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, demande appuyée et formulée par M. Nocard, vote la proposition suivante :

L'Académie, affirmant de nouveau que la suppression des chiens errants est le seul moyen efficace de faire disparaître la rage, émet le vœu que les prescriptions des articles 51 *à* 54 *du décret du* 22 *juin* 1882 (mesures pour la prophylaxie de la rage) *soient constamment et rigoureusement appliquées.*

— M. Reclus, à la Société de chirurgie, est venu ajouter quelques mots à la discussion qui s'était ouverte à la séance précédente sur la question des inflammations péricæcales et de l'appendicite. Il constate d'abord que l'on n'est pas loin d'être d'accord sur les règles de l'intervention chirurgicale dans cette affection. L'opération, pour des cas d'appendicite tuberculeuse, peut donner de bons résultats. Il en est de même pour les appendicites qui s'accompagnent de péritonite purulente généralisée. D'un avis unanime, il n'y a pas autre chose à faire que l'opération. Sans doute, en pareil cas, l'intervention est extrêmement grave, et la mortalité est très élevée, mais elle reste la seule ressource contre cette affection redoutable.

Au contraire, elle est presque sans danger dans l'appendicite à rechute, et dans ces cas, l'opération à froid a donné les meilleurs résultats. Mais le moment précis de l'intervention n'est pas toujours bien fixé. M. Reclus n'intervient que lorsqu'il s'est formé une tumeur iliaque ; dans le cas contraire, il n'opère pas.

Il pense que l'apparition d'une tumeur iliaque doit également autoriser l'intervention chirurgicale dans les appendicites ordinaires dont le traitement soulève encore tant de discussion, les uns préconisant le traitement médical, exclusif, les autres réclamant l'opération dans tous les cas. C'est la tumeur iliaque qui doit être l'indication opératoire, car il existe des cas d'appendicite avec collection abondante qui ne sont accompagnés ni de pyrexie, ni de trouble grave dans l'état général. M. Reclus cite à ce propos un malade du service de M. Chauffard, à l'hôpital Broussais, auquel il a ouvert un foyer de 600 grammes de pus, qui n'avait été révélé par aucune élévation de température. L'opération dans l'appendicite ordinaire n'a presque aucune gravité, et elle obvie à ces collections sans grand mouvement réactionnel qui, à un moment donné, pourraient faire irruption dans le péritoine et entraîner une péritonite purulente mortelle.

A l'appui de cette opinion, M. Quénu rapporte également un fait très intéressant. Il s'agit encore d'un cas d'appendicite avec abcès sans élévation de la température, chez un enfant de 9 ans, d'une bonne santé jusque-là. Une première crise avait été si légère qu'elle eût pu passer inaperçue ; peu après, ont éclaté des accidents qui eussent été mortels sans l'intervention. Le foyer, difficile à découvrir, contenait 100 grammes environ de pus granuleux, très fétide.

— La symphyséotomie, pratiquée dans le but de produire par l'écartement des pubis, un passage suffisant pour le fœtus, a subi des fluctuations nombreuses et après avoir été repoussée par Baudelocque, vient de reprendre une nouvelle faveur à la suite des cas heureux présentés par M. le professeur Pinard au dernier Congrès de gynécologie.

A la séance de l'Académie de médecine du 28 juin, M. le professeur Tarnier en a présenté un nouveau cas suivi également de succès. Il s'agissait d'une femme rachitique qui était parvenue à la fin du huitième mois de sa quatrième grossesse. Les trois précédentes grossesses avaient été terminées par une basiotripsie. M. Tarnier constata que le bassin ne mesurait, dans le diamètre promonto-sous-pubien que neuf centimètres, c'est-à-dire n'offrait au passage du fœtus qu'une largeur de sept centimètres et demi. La symphyséotomie fut alors pratiquée sans instrument spécial, avec un simple bistouri boutonné conduit sur le doigt. Cette opération permit un écart de 57 millimètres et l'accouchement se termina sans accident par une intervention au forceps. L'enfant est bien portant ; il pesait alors 2.625 grammes. La guérison de la mère était complète au bout de quinze jours.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi sous la présidence de M. Brouardel.

M. Monod a rendu compte de la situation sanitaire intérieure, M. le docteur Proust a donné ensuite des renseignements circonstanciés sur les épidémies de choléra, de peste et de fièvre jaune qui sévissent en ce moment sur diverses contrées.

Le 8 juin, le lazaret de Camaran avait reçu 20.000 pèlerins dont 2.000 y étaient encore en observation. On n'avait pas, à cette date, constaté de maladie suspecte.

Le choléra, cependant, continue à régner du côté de l'Abyssinie, dans le Harrar, à Zeïlah.

Un grand nombre de pèlerins encombrent les rues de Suez, ainsi que la Mecque et Djeddah. Plus que jamais les caravanes sont exploitées par les Bédouins. L'une d'elles, composée de

500 personnes, escortée par 40 soldats, a été enlevée par les Bédouins, à une heure de Djeddah. Elle emportait 140.000 fr. Sur une réclamation du consul d'Angleterre (les pèlerins étaient des Indiens), le gouvernement turc a payé une rançon de 20.000 francs. Les Bédouins ont remis leurs prisonniers en liberté; ils ont, toutefois, gardé l'argent de ceux-ci. La ville de Djeddah redoute une attaque.

Enfin, M. Proust signale au comité l'apparition du choléra à Bakon, où il aurait été apporté par des émigrants transcaspiens. En quelques jours, il y a eu plus de 150 cas, dont 78 suivis de mort. Bakon, le principal port de la Caspienne, est relié par un chemin de fer à la mer Noire. C'est de Bakou que sont parties en 1831 et 1847 les épidémies qui ont ravagé l'Europe.

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — Dans la dernière séance, M. le Dr Dujardin-Beaumetz a donné quelques renseignements sur la « tournée » médicale que, sur la demande de M. le préfet de police, il a faite, la veille, à Aubervilliers, où viennent de se produire plusieurs cas de diarrhée cholériforme.

D'après les renseignements qui lui ont été donnés par les autorités locales, d'après les diverses indications qu'il a recueillies et les observations qu'il a pu faire lui-même, M. le Dr Dujardin-Beaumetz n'hésite point à croire que ces diarrhées très graves doivent être attribuées à l'eau distribuée aux habitants.

Il y a là une situation des plus fâcheuses et qui mérite au plus haut degré d'éveiller l'intérêt du conseil et l'attentive sollicitude de l'administration.

Après un court échange d'observations, le conseil a adopté la délibération dont la teneur suit, à l'unanimité :

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine,

Vu les cas de diarrhée cholériforme qui se sont déclarés dans la commune d'Aubervilliers;

Vu les dangers qui pourraient résulter de la dissémination de ces cas dans la population parisienne;

Vu la très mauvaise qualité de l'eau qui est distribuée à la population de cette commune,

Affirme à l'unanimité l'urgente nécessité de distribuer de suite, gratuitement, de l'eau stérilisée aux habitants de la commune d'Aubervilliers.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz a ajouté que la municipalité d'Aubervilliers allait afficher un avis au public l'invitant à faire bouillir l'eau d'alimentation en attendant la mise en service de l'appareil stérilisateur.

M. le Dr Armand Gautier a demandé que dans cet avis une recommandation fût faite aux boulangers. La cuisson du pain ne stérilise pas l'eau employée, puisque la température au milieu de la mie ne dépasse pas en général 60°.

NOUVELLES

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Lille. — M. Combemale, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est prorogé jusqu'au 1er novembre 1892 dans les fonctions de chef du laboratoire des cliniques de la dite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. François est prorogé jusqu'au 31 octobre 1892 dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie à ladite Faculté.

Faculté de Nancy. — Est nommé assesseur du doyen de la Faculté : M. Bernheim, prof. de clinique médicale.

École de médecine de Tours. — M. Rabineau est nommé prép. d'anat. path. et de bactériologie à l'École de médecine de Nantes.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — Par arrêté en date du 4 juin 1892, un concours s'ouvrira le 6 décembre 1892 devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé de la marine. — M. Bernard, élève du service de santé à l'École de médecine de Bordeaux, est nommé médecin aux chaires de 2e classe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traitement électro-statique des maladies nerveuses des affections rhumatismales et des maladies chroniques, par le Dr Arthuis. In-8° avec figures dans le texte. Prix : 3 francs.

Un livre utile : **Supplément au manuel de médecine antiseptique. Observations de cures obtenues au moyen du traitement antiseptique (1861-1891)**, par le Dr Declat. — Un volume in-18 de 172 pages. Prix : 2 fr.

Les derniers traitements de la diphtérie renfermant les principaux traitements employés dans les hôpitaux d'enfants de Paris, par le Dr Mengeaud, licencié ès-sciences naturelles, professeur d'hygiène et de sciences naturelles au lycée de Nice, officier d'Académie. (*Mémoire communiqué à la Société de médecine de Nice le 20 novembre 1891.*) — In-8° de 32 pages. Prix : 1 fr. 50.

Du curettage de l'utérus, sa technique et sa valeur, par le Dr Berlin (de Nice). — In-8° de 92 pages, avec figures dans le texte. Prix : 3 fr.

Traité pratique d'électricité médicale, par MM. Charles Chardin, ingénieur, et le Dr Foveau de Courmelles. — Un volume in-18, cartonné de 252 pages avec 80 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 JUIN 1892

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 0. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 31. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 73. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 102. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 45. — Autres causes de mort, 149. — Causes inconnues, 7. — Total 930.

Erratum. — N° 26, p. 302, § 4, lire « Oxybutirique » au lieu de « Oxylbutirique. »

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

PNEUMONIE CARDIAQUE ET PNEUMONIE A FOYERS SUCCESSIFS

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Dans notre mémoire sur la pneumonie (1), nous émettions la conclusion suivante : « Il existe une forme de pneumonie cardiaque avec pouls instable et irrégulier. Cette pneumonie guérit quand la température est haute et tue dans le cas contraire. » Cette formule s'applique aux pneumonies dont les centres d'innervation cardiaque semblent plus particulièrement touchés, alors que le myocarde reste sain.

L'hyperthermie, dans les cas d'altération du myocarde est chose fort grave (2); elle se montre utile quand la fréquence et l'irrégularité du pouls ne traduisent qu'un trouble dans le fonctionnement du pneumogastrique.

Une des observations que nous relatons aujourd'hui nous fournit à cet égard des données d'une précision à laquelle nous ne sommes pas habitués en clinique.

Un homme de 65 ans contracte une pneumonie du sommet droit. Le troisième jour de la maladie, l'état général est assez bon ; le malade s'assied facilement dans son lit et présente à l'auscultation les signes pulmonaires classiques. Mais dès notre première visite, nous sommes frappé par la discordance existant entre le pouls et la température. Le thermomètre introduit dans le rectum marque 38°4. Le pouls est incomptable, rapide, irrégulier, le choc du cœur faible. Nous interrogeons le malade sur ses antécédents, croyant à une myocardite ancienne et ne recueillons que des renseignements négatifs. Dans ce doute, nous portons un pronostic sévère, justifié d'une façon ou d'une antre : qu'il s'agisse d'une altération antérieure du myocarde ou tout simplement d'un trouble de l'innervation cardiaque qui accompagnent une température basse (38°4), dans les deux alternatives, la gravité est grande. Nos appréhensions sont justifiées par l'état du lendemain, où la fièvre monte au-dessus de 39°, et où le pouls reste aussi mauvais, quoique peut-être un peu plus ample.

Le matin du cinquième jour, la fièvre atteint 39°9, et en dépit d'une thérapeutique fort anadine (ext quinqa ley amus anis) nous assistons alors à ce phénomène étrange. La température continue de s'élever en même temps que le pouls se ralentit et se régularise. Le soir du cinquième jour, le thermomètre marquant 40°3, le pouls est à 100, plein, fort, vibrant et régulier.

(1) *La pneumonie à Oyonnax*, 1891. Oct. Doin, édit.
(2) *La fièvre dans la pneumonie* (*Gaz. médic.*, 1891, n. 34 et 35.)

FEUILLETON

LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE

Suite (1)

Abordons maintenant la médecine de colonisation de notre pays. Je passe sous silence l'histoire des médecins de colonisation de la Compagnie des Indes ; j'en ai fait autant, et non sans regret, pour les médecins des Compagnies des Indes néerlandaises et anglaises. Je dis non sans regret, car j'aurais à vous parler des illustres médecins de colonisation des pays colonisateurs plus anciens que nous : les portugais Garcia de Orta et Carolus Clusius; les espagnols Monardes, Christofel à Costa, Frajoso et Ximenes; et les hollandais G. Piso et Bontius. Nous pourrions même ajouter à ces noms ceux de Charles Darwin, qui dans ses explorations scientifiques, faites aux colonies anglaises de l'Australie, fut amené à poser les bases de sa théorie de la transformation des espèces, et du Dr J. Maier, lequel, dans un voyage à Batavia, en qualité de médecin des colonies, entrevit la théorie de la conservation des forces.

Dans toutes nos colonies, sauf l'Algérie, le service médical a été et est, comme vous le savez, assuré par les médecins de la marine; je n'insiste pas et passe à l'organisation de la médecine de colonisation en Algérie.

D'après l'historique que j'ai eu l'honneur de vous exposer, vous avez pu conclure vous-mêmes que l'organisation de la médecine de colonisation n'a pas été prise jusqu'ici en sérieuse considération en aucun pays, et la communication du Dr Dyce-Duckworth, faite au Congrès d'Amsterdam, a dû vous convaincre que l'Angleterre elle-même ne s'en est guère occupée. L'honneur d'avoir, la première, organisé méthodiquement chez elle la médecine de colonisation appartient à la

(1) Voir le numéro 27.

Le danger résultant des désordres cardiaques a disparu en même temps que l'hyperthermie se déclarait. Cette hyperthermie a-t-elle favorisé l'élimination des principes toxiques accumulés dans l'organisme du fait de l'infection? On sait que tel est son rôle, d'après les analyses chimiques si heureusement poursuivies par notre maître, M. Albert Robin. En partant de ces données, nous proposons l'interprétation suivante : la faiblesse et l'irrégularité du pouls tenaient à l'action paralysante du poison pneumonique à hautes doses sur le nerf pneumogastrique.

Survient l'hyperthermie : le pouls redevient le véritable pouls pneumonique régulier, dur, vibrant; car à la paralysie du pneumogastrique par les doses exagérées du poison pneumonique, a succédé l'excitation des doses faibles, l'excédent du poison ayant été détruit de par l'hyperthermie survenue à temps.

Notre seconde observation a trait à une forme de pneumonie très rare : la pneumonie à foyers successifs. Cette variété symptomatique admise avec réserve par M. le professeur Lépine (1), et Barth (2), nous paraît se dégager avec certitude du fait que nous relatons. L'examen microbiologique qui, d'après Barth, pourrait seul trancher la question, a été fait à diverses reprises et a révélé dans les crachats l'existence du diplocoque encapsulé classique auquel est venu s'adjoindre, vers la fin, le streptocoque d'une infection secondaire.

Un homme de 64 ans, non alcoolique, toussant un peu, prend un point de côté et de la fièvre le 10 août 1891. Nous le voyons le 23 août, et percevons à la face inférieure et en arrière du poumon droit, un petit foyer de respiration soufflée avec râles sous-crépitants fins et submatité. A la base du poumon gauche, sont entendus quelques râles humides.

Une première défervescence s'opère le 26 août et nous croyons le malade guéri. C'était une erreur : dès le 27, la fièvre reparaît et avec elle s'étendent les lésions d'hépatisation qui envahissent toute la partie inférieure du poumon droit. Le souffle est plus rude, la matité plus prononcée.

(1) Art. PNEUMONIE, *Dict. Jaccoud*., p. 440.
(2) Art. PNEUMONIE, *Dict. Dechambre*, p. 321.

Quatre jours plus tard, le 31 août, des symptômes analogues s'installent à la base du poumon opposé et s'y fixent jusqu'au 5 septembre.

L'expectoration est purulente et révèle la présence de nombreux diplocoques, dont l'inoculation à une souris blanche entraîne en vingt-quatre heures la mort de l'animal. La température oscillant entre 38° et 39°, tombe au-dessus de 38° le 5 septembre, deuxième défervescence remonte et définitivement revient à la normale le 9 et le 10 septembre.

C'est la troisième défervescence présentée par notre malade. Le poumon gauche en profite pour guérir complètement, tandis que l'état du poumon droit reste stationnaire.

Mais dès le 12 septembre, le poumon gauche dont le répit n'a été que de sept jours, est envahi par un nouveau foyer de respiration soufflée et de râles crépitants. Cela dure une huitaine et disparaît, pendant que les symptômes de droite s'aggravent. A la date du 24 septembre, le souffle de la base droite a pris le timbre caverneux; les râles sont devenus du gargouillement; et à côté des pneumocoques plus rare dans les crachats, ont pris place des chaînettes de streptocoques qui n'étaient pas visibles aux premiers examens.

Notre malade succombe le cinquante septième jour, après avoir présenté trois rémissions fébriles, les deux premières de vingt-quatre, la troisième de quarante-huit heures, deux pneumonies de la base du poumon gauche successivement guéries, et une pneumonie de la base droite, laquelle n'a jamais disparu complètement, et tantôt moindre, tantôt plus étendue, a fini par entraîner le ramollissement du foyer hépatisé.

Il est à se demander si la longue durée de cette pneumonie n'est pas en partie due au peu de réaction fébrile qu'elle suscitait. A aucun moment, la température n'a dépassé 39°2, et le plus souvent, elle se maintenait aux environs de 38°. Le pneumocoque, organisme voué à une mort rapide, profitait de ce peu de fièvre pour se livrer à des ensemencements successifs sur un organisme particulièrement apte à ses cultures. Le streptocoque de l'infection secondaire a donné le coup de grâce à la besogne destructive du pneumocoque.

France. C'est elle qui jeta, en 1853, les bases d'une organisation aussi rationnelle que solide des médecins de colonisation en Algérie, de ces médecins dont un délégué du Conseil général d'Alger disait en 1875 au Conseil supérieur du Gouvernement de l'Algérie : « que, hommes de sciences et de dévouement, ils ne se bornent pas à secourir les colons malades, mais que par leur caractère, leur connaissance des choses du pays et leur honnêteté, ils exercent une légitime influence sur l'esprit de leur clientèle. »

Je dois vous rappeler que peu après la conquête de l'Algérie on hésita en haut lieu et dans le Parlement si l'on devait la conserver ou l'abandonner et l'on sait que le maréchal Bugeaud, l'un de nos plus grands Gouverneurs généraux, sinon le plus grand, fut de ceux qui soutinrent avec énergie qu'il fallait l'abandonner. Cela ne l'empêcha pas, une fois la prise de possession décidé, et la dénomination d' « *Algérie* » donnée à la conquête, d'accepter le poste de Gouverneur général et de donner une vigoureuse impulsion à la colonisation; dès lors on songea à la sérieuse organisation de la médecine de colonisation algérienne, laquelle fut définitivement instituée par arrêté ministériel du 21 janvier 1853 (1). En quatorze articles cet arrêté avait prévu tous les détails importants du fonctionnement. Les terrains livrés à la colonisation étaient divisés en circonscriptions médicales; le médecin de colonisation devait gratuitement ses soins aux indigents et délivrait les médicaments aux malades; il était chargé de faire des tournées périodiques dans chacun des centres compris dans sa circonscription, tenait au lieu de sa résidence des consultations et fournissait à l'administration tous les renseignements de statistique nosographique. On le voit, le service médical de colonisation était peu réglementé et n'était, après tout, que l'installation, avec quelques modifications, de la médecine cantonale de la Mère Patrie. L'arrêté du 5 décembre 1853 (2)

(1) *Recueil des actes du Gouvernement de l'Algérie*, 1830-1854, Alger, 1856, p. 1003.
(2) *Ibid*., p. 1083.

OBSERVATION I.

Homme de 65 ans. Pneumonie du sommet droit. Le pouls, très irrégulier quand la temperature est basse, prend de l'amplitude et devient régulier avec l'élévation thermique. Délire. Défervescence le neuvième jour.

M. J... (Joseph), 65 ans, d'Oyonnax, d'ordinaire bien portant, prend un violent frisson avec claquement de dents le 10 janvier 1892. Le frisson dure une heure et ne s'accompagne pas de point de côté. Le malade tousse et expectore des crachats muqueux.

Le 12 janvier. R. J..., qui n'était jamais oppressé aux montées a, des battements de cœur irréguliers, faibles et rapides comme dans les altérations du myocarde. La température (rectale) du soir n'est qu'à 38°,3. Au niveau de la fosse sous-épineuse droite, on perçoit un foyer d'hépatisation avec râles crépitants et respiration soufflée. Le malade a sa connaissance complète et ne se trouve que peu souffrant. Nous portons un pronostic sévère en raison de la fièvre modérée coexistant avec ce pouls incomptable.

Prescription : Potion avec 4 gr. ext. qninq. et 2 gr. liq. amm., anis. Thé au rhum.

Le 13. T. m., 39°,2 ; s., 39°,3. Le pouls reste irrégulier, mais semble un peu plus fort. L'hépatisation a envahi tout le sommet droit. Le malade a eu deux selles normales et l'état général est bon.

Le 14. T. m., 39°,9 ; s., 40°,3. Le matin, le pouls conserve les mêmes caractères. Toutefois le soir, avec une température de 40°, 3, le pouls se régularise, prend de l'amplitude et bat à 100 pulsations. Pas de crachats rouillés.

Le 15. T. m., 40° ; s., 39°,6. P. m. 100 ; c. s., 104. Le pouls est régulier, fort et vibrant. L'hépatisation est stationnaire.

Le 16. T. m., 39°,2 ; s., 40°,3 ; P. m., 108 ; c, s., 108 ; p. s., 116. Quelques irrégularités d'amplitude réapparaissent, certaines pulsations étant plus faibles que les autres.

Le 17. T. m. 39° ; s., 39°,3 ; p. m., 100 ; p. s., 96. Agitation vive. Délire pendant la nuit. L'hépatisation qui occupe tout le sommet droit a envahi la partie supérieure de la région axillaire. Quelques râles humides aux deux bases.

Prescription : Potion avec 4 gr. ext. quinq. et 40 centigr. musc.

Le 18. T. m., 38°,6 ; s., 37°,5 ; p. m. 96 ; p. s., 84. Malgré la défervescence, le délire persiste. Le malade veut se lever et sortir.

Le 19. T. m., 37° ; p. m., 92. Le malade est plus calme et dort l'après-midi d'un sommeil paisible.

Le 20. P. m., 80. Le cœur bat normalement.

OBSERVATION II.

Pneumonie à foyers successifs chez un homme de 64 ans. Pas d'hyperthermie. Mort le cinquante-cinquième jour.

R..., âgé de 64 ans, jardinier, a toussé une partie de l'été de 1891. Le 10 août, il ressent un point du côté droit et tousse davantage. Le 23, le malade délire la nuit. On nous appelle. R..., est un homme bien constitué, non alcoolique et n'ayant jamais été sérieusement malade. Depuis quelques jours la fièvre a oscillé entre 38 1/2 et 39. A notre arrivée la température est à 39°,1, le pouls plein et fort à 100. Nous constatons des râles humides aux deux bases et en arrière: ces râles plus fins à droite, s'accompagnent d'une respiration soufflée peu nette et de submatité. Le 26, défervescence. On croit le malade guéri.

Retour de la fièvre le 27.

Le 30. La respiration soufflée et la submatité sont plus prononcées à la base droite et se sont étendue. Retentissement de la voix. Les crachats sont purulents et contiennent des pnemmocoques encapsulés nombreux, absolument typiques. (Coloration rouge ziehl ou violet de gentiane). L'inoculation sous-cutanée à une souris blanche entraîne la mort de l'animal en viogt-quatre heures. La rate est grasse, turgescente, le sang est noir et renferme des diplocoques encapsulés. T. m., 38°5 ; s., 38° ; p. s., 80.

Prescription: un vésicatoire. Potion avec 80 centig. sulf. quin. Thé au rhum.

Le 31. T. m., 38°5 ; s., 38°1 ; p. m., 84 ; p. s., 80. Outre le foyer d'hépatisation à droite, on en constate un autre à la base du poumon gauche, avec respiration soufflée, râles crépitants et matité. La partie moyenne du poumon gauche est occupée par des râles sous-crépitants.

Nous prescrivons un vésicatoire à gauche.

Le 1er septembre. Etat stationnaire. T. m., 37°9 ; s., 38°1.

---

accordait à ceux des médecins de colonisation auxquels était imposée l'obligation de se monter une indemnité de 500 francs par cheval et déterminait l'uniforme des médecins de colonisation (art. 5) : « le même que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies seront en argent et que les boutons, en argent ou en métal argenté, porteront en légende, autour de l'emblème habituel, les mots: médecin de colonisation. Le pantalon sera en drap bleu, sans bande ni passe-poil. » L'arrêté du 20 décembre 1853 (1) fixait le prix des visites faites par les médecins de colonies aux personnes non indigentes; mais cette disposition fut *formellement abrogée* par arrêté du 7 avril 1864 (2), à partir duquel le médecin de colonisation fut rémunéré de ses visites d'après un tarif librement consenti. Dans un nouvel arrêté du 2 septembre 1861 (3) le personnel médical était réparti en trois classes, ce qui permit de récompenser l'ancienneté et l'importance des services rendus par les médecins de colonisation. L'art. 1er fixait leur traitement comme suit : 1re classe 3.500 fr., 2e classe 3.000 fr. et 3e classe 2.500 fr., l'art. 3 augmentait ces traitements de la somme allouée à titre d'indemnité de cheval supprimée; d'après l'article 4 le nombre des médecins de colonisation de 1re classe ne pouvait excéder le 1/5 du personnel total et celui des médecins de 2e classe ne pouvait être porté qu'aux 2/5. Ainsi organisée, la médecine de colonisation fonctionnait dans d'assez bonnes conditions et l'Administration n'avait pas beaucoup à se préoccuper d'elle, bien que le personnel médical, pris nn peu partout, laissât, d'une manière générale, à désirer.

En 1878 (1) parut l'arrêté du 5 avril, lequel en 43 articles réorganisa le service médical de colonisation et donna une satisfaction au médecin de colonisation en le considérant désormais comme fonctionnaire de l'État, bénéficiant de la pen-

(1) *Ibid.*, p. 1088.
(2) *Bulletin officiel du Gouvernement Général de l'Algérie*, 1865, p. 184.
(3) *Ibid.*, 1861, p. 615.

(1) *Bulletin officiel du Gouvernement Général*, 1878, p. 142.

Le 3. Diarrhée abondante avec selles grumeleuses, fétides. On ne donne aucun médicament contre cette diarrhée qui nous semble être une diarrhée de convalescence. T. m., 37°2, s., 38°5.

Le 4. T. m., 38°; s., 38°1. On ne perçoit plus la respiration soufflée qu'en un point très limité à la base du poumon droit. L'hépatisation a disparu à gauche et a fait place à des râles sous-crépitants moyens.

Le 5. T. m., 37°9; s., 37°7. Les signes physiques restent les mêmes. La diarrhée persiste avec trois à quatre selles noirâtres, fétides, dans les vingt-quatre heures.

Le 7. T. m., 37°8; s., 39°; p. m., 86; s., 96. La fièvre remonte. L'hépatisation a repris toute la base primitivement malade et a envahi la région axillaire. L'expectoration reste purulente et renferme toujours de nombreux diplocoques encapsulés. La diarrhée diminue.

Le 9. La défervescence semble être définitive et s'accompagne de sueurs abondantes. Le côté gauche est guéri. T. m., 36°8; s. 36°3.

Le 10. Les signes d'hépatisation du côté droit demeurent invariables. T. m., 37°5.

On applique un vésicatoire et le malade avale 4 gr. d'extrait de quinine.

Le 12. Le côté gauche qui était guéri est repris, tout à la base, par un foyer de respiration soufflée et de râles crépitants. T. m., 39°2; s., 37°4.

On applique un nouveau vésicatoire.

Le 19. La guérison s'est effectuée à gauche; à droite, l'hépatisation persiste. T. m., 38°2; s., 38°6; p. m., 104.

Le 24. Le malade s'affaiblit. On perçoit du gargouillement et du souffle caverneux à la partie inférieure du poumon droit et la région axillaire du même côté. Quelques râles humides sont entendus à gauche. Les crachats renferment beaucoup moins de pneumocoques et, en plus, des chaînettes de streptocoques qui n'étaient pas visibles aux premiers examens.

La température oscille entre 38° et 39°. Les jours suivants, le pouls devient irrégulier. Le malade est somnolent et succombe le 3 octobre 1891.

Marche de la température chez le malade.

30 août: T. m., 38°5; s., 38. — Le 31: T. m., 38°5; s., 38°1. — 1er septembre: T. m., 37°9; s., 38°1. — Le 2: T. m., 38°1; s., 38°5. — Le 3: T. m., 37°2; s., 38°7. — Le 4; T. m., 38°; s., 38°1. — Le 5: T. m., 37°9; s., 37°7. — Le 6: T. m., 37°8; s., 38°6. — Le 7: T. m., 37°8; s., 39° — Le 8: T. m., 38°5; s., 38°2. — Le 9: T. m., 36°8; s., 36°8. — Le 10: T. s., 37°5. — Le 11: T. m., 38°7; s., 38°1. — Le 12: T. m., 39°2; s., 37°4. — Le 13: T. m., 38°7; s., 37°5. — Le 14: T. m., 38°8. — Le 15: T. m., 38°9; s., 38°6. — Le 16: T. m., 38°7; s., 38°. — Le 17: T. m., 38°2; s., 38°7. — Le 18: T. m, 38°2; s., 38°7. — Le 19: T. m., 38°2; s., 38°6. — Le 20: T. m., 38°3; s., 38°3. — Le 21: T. m., 38°4; s., 38°3. — Le 22: T. m., 38°4; s., 39°3. — Le 23: T. m., 38°1: s., 38°2. — Le 24: T. m., 38°5; s., 39°1. — Le 25: T. m., 38°2; s., 38°.

La température n'est plus prise partir de ce jour (25 sept.) jusqu'au 3 octobre, date de la mort.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

LA FILAIRE DES BOUTONS HÉMORRAGIQUES OBSERVÉE CHEZ L'ANE; DÉCOUVERTE DU MALE (1)

Par MM. Railliet et Moussu.

Il y a longtemps déjà qu'on a signalé chez le cheval de petites hémorragies locales se produisant sur divers points de la surface cutanée. On assure même que, depuis une haute antiquité, les Chinois connaissent une race de chevaux du Khodang « suant » le sang. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette affection, les uns, comme Sibald, affirment qu'elle est commune chez les chevaux blancs de la Tartarie; d'autres, comme Spinola, la considèrent comme spéciale à la race des steppes; Leblanc l'a observée sur des chevaux russes; mais on ne la connaît sérieusement en France que depuis les achats de chevaux de troupe effectués en Hongrie par le gouvernement français. Elle serait donc propre aux chevaux d'origine orientale. Bien que Bernard et Liautard aient prétendu l'observer en Algérie sur des chevaux et des mulets venant d'Espagne.

Les symptômes de ces hémorragies cutanées sont aujour-

(1) Société de biologie, séance du 18 juin 1892.

---

sion après trente ans de services coloniaux. Parmi les articles particulièrement importants de cet arrêté nous citerons les suivants, supprimés en totalité ou en partie, comme vous allez le voir, dans le décret du 23 mars 1883:

Art. 9. — Un comité chargé de centraliser tous les documents relatifs au service médical de colonisation est institué à Alger, sous la présidence du Directeur général des affaires civiles et financières.

Art. 10. — Ce comité prendra le titre de *Comité supérieur d'assistance médicale*. Font partie de ce comité: *le Procureur général, un membre du Conseil* de gouvernement, désigné par le Conseil, *l'inspecteur central* des établissements de bienfaisance; le *directeur de l'École de médecine* d'Alger, le *médecin en chef* de l'hôpital civil d'Alger, un *professeur* de l'École de médecine d'Alger désigné par le Conseil des professeurs; *un médecin* de colonisation de 1re classe, par département, désigné dans chacun d'eux par le suffrage de ses confrères, et le *chef du bureau* de la direction de l'Intérieur, dans les attributions duquel se trouve le service de l'Assistance hospitalière. L'un des sous-chefs de ce même bureau remplira les fonctions de secrétaire.

Art. 14. — Il a pour mission d'examiner les résultats du service médical d'assistance, recueillis et présentés par les Comités départementaux; de donner son avis sur les modifications et améliorations dont le service aura été reconnu susceptible; d'établir, après examen de leurs notes et des rapports trimestriels et annuels, le tableau d'avancement des médecins que les Comités départementaux ont jugé dignes d'une augmentation de classe; de donner son avis sur les mesures disciplinaires proposées par les mêmes Comités; enfin d'arrêter les bases d'un rapport d'ensemble que son président doit adresser chaque année au Gouverneur général.

Art. 15. — Un *Comité départemental d'assistance médicale* est institué dans chaque département.

Art 16. — Ce comité, présidé par *le préfet* du département, est composé de: *un membre du Conseil général* désigné par la

d'hui classiques. Nous nous bornerons à les résumer en quelques mots. L'éruption est d'ordinaire localisée aux côtés du garrot, aux épaules, aux faces de l'encolure, aux côtes et à la région dorsale. Elle se manifeste au printemps, persiste quelquefois une grande partie de la belle saison, et disparaît complètement en hiver pour se reproduire l'année suivante. Dans nos pays, l'affection cesse d'elle-même et d'une façon définitive au bout de trois ou quatre ans.

On voit apparaître à la fois plusieurs élevures hémisphériques, de la grosseur d'un pois et d'une noisette, indolores, un peu œdémateuses à la périphérie. Une heure ou deux après la formation de ces boutons, leur sommet s'ouvre et il se produit un écoulement plus ou moins abondant de sang qui forme des traînées sur les poils et se coagule. Puis la tuméfaction s'affaisse et le bouton disparaît; dans quelques cas cependant il survient de la suppuration. Mais, vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard, on voit souvent un nouveau bouton se développer à quelques centimètres du premier.

L'origine de ces hémorragies était restée inconnue et avait donné lieu aux suppositions les plus variées lorsque, en 1877, le vétérinaire militaire Drouilly annonça qu'elles étaient occasionnées par une filaire longue de 5 à 7 centimètres, qu'il croyait appartenir à l'espèce *Filaria papillosa*. Peu après, cette découverte était confirmée par Trasbot. L'année suivante, Condamine et Drouilly publièrent une étude spéciale de ce ver, qu'ils reconnurent comme représentant une espèce nouvelle, à laquelle ils donnèrent le nom de *Filaria multipapillosa*, nom que nous avons dû changer, le même qualificatif ayant été appliqué, en 1857, par Molin, à une filaire trouvée dans la cavité abdominale de plusieurs sauriens : nous l'avons remplacé, en 1885, par celui de *Filaria hæmorrhagica* Raill.

Mais, les auteurs que nous venons de citer, et tous ceux qui les ont suivis, n'avaient vu que des femelles de cette filaire, rampant dans le tissu conjonctif sous-cutané pour venir percer le tégument.

Il restait même un doute sur l'habitat réel du parasite, et Davaine paraissait disposé à croire que celui-ci devait vivre dans les vaisseaux.

Or, nous sommes à même aujourd'hui, non seulement de préciser cet habitat, mais en même temps de faire connaître le mâle de la filaire. Il y a un mois, nous avons eu l'occasion d'observer un âne atteint de cette filariose hémorrhagique. Cet animal, âgé de cinq ans, de fort belle apparence, appartenait à un habitant de Vincennes, qui l'avait acheté peu auparavant à des bohémiens. Il présentait une éruption sur le garrot, le dos, les flancs et les faces latérales de l'encolure.

Comme nous n'avions jamais observé cette affection chez l'âne, et qu'il n'est pas fait mention de cet animal dans les ouvrages spéciaux, nous exprimâmes au propriétaire le désir d'être prévenus dans le cas où ce sujet viendrait à périr entre ses mains.

Le 4 juin, il tomba brusquement, atteint d'une paralysie incomplète, portant plus spécialement sur le train postérieur. La sensibilité et les mouvements étaient cependant conservés dans une certaine mesure, mais l'animal ne put jamais se relever, malgré les moyens de traitement les plus actifs mis en usage par un de nos collègues, et son propriétaire nous l'abandonna. On le fit transporter à Alfort, où il fut gardé quelques jours; et comme il était profondément anémique, qu'il ne prenait plus aucun aliment, et que, par le fait des eschares résultant du décubitus, il menaçait de succomber à une infection purulente, il fut sacrifié le 14 juin, par effusion de sang.

L'autopsie, pratiquée immédiatement, nous fit découvrir un certain nombre de filaires, non seulement dans les points correspondant aux boutons hémorragiques, mais aussi dans des endroits plus ou moins éloignés. L'habitat normal de ces vers est bien le tissu conjonctif sous-cutané,

---

Commission départementale; *le médecin en chef* de l'hôpital civil du chef-lieu; le *médecin en chef* de l'un des hôpitaux civils de l'intérieur, désigné chaque année par le préfet; *l'inspecteur* des enfants assistés; *un médecin de colonisation*, désigné par ses confrères du département. Le chef du bureau de la préfecture, chargé de l'assistance publique, remplira les fonctions de secrétaire.

Art. 19. — Les médecins de colonisation sont nommés par arrêté du Gouverneur général, sur la proposition des préfets, parmi les docteurs en médecine. Ils ne pourront être admis dans les cadres du personnel après l'âge de 35 ans accomplis. Néanmoins ceux qui justifieront d'au moins cinq ans de service dans les armées de terre ou de mer, pourront être admis jusqu'à l'âge de 40 ans révolus. *En cas de vacance d'un emploi de médecin de colonisation, avis en est donné au public par voie d'affiches* dans les Ecoles et dans les Facultés de médecine. Les candidats doivent adresser leur demande au Gouverneur général, en l'appuyant d'un diplôme, d'un extrait de leur acte de naissance, d'un état exact de toutes les localités où ils auraient déjà exercé et de toutes les autres pièces propres à le faire apprécier.

Art. 34. — L'avancement ne peut être obtenu qu'après deux ans au moins passés dans la classe inférieure. Les officiers de santé, actuellement en exercice, doivent servir au moins trois ans dans une classe pour pouvoir être nommés à la classe supérieure, et ils ne peuvent en aucun cas, dépasser le traitement de 4.000 fr. *Les titres à l'avancement sont examinés par les Comités départementaux. Le tableau d'avancement est établi annuellement par le Comité supérieur d'Alger.*

Art. 39. — Tout médecin de colonisation dont le service ou la conduite laisserait à désirer sera invité à présenter des observations par écrit. Les peines disciplinaires suivantes peuvent lui être infligées, suivant la nature et la gravité des faits reprochés : *le blâme* prononcé par le préfet, *sur l'avis du Comité départemental;* le changement de résidence, imposé d'office pour des motifs autres que le manquement aux devoirs professionnels; la révocation. *Ces deux dernières peines sont prononcées par le Gouverneur général, sur la proposition du Comité supérieur. Les Comités départementaux et le Comité supérieur peuvent charger un de leurs membres de procéder aux enquêtes sur place* qu'ils jugeraient nécessaires : les frais résultant de ces missions sont supportés par le budget de l'Assistance hospitalière et ordonnancés directement par le Gouverneur général.

(A suivre.)

mais il est possible de les rencontrer en outre plus profondément, et c'est ainsi que nous en avons trouvé dans l'épaisseur du pectoral superficiel, ainsi qu'à la surface du grand oblique de l'abdomen, sous le panicule charnu.

Nous n'avons pu en découvrir aucun dans le cœur, les vaisseaux artériels ou veineux, les ganglions lymphatiques, etc.

Par contre, nous avons observé dans la moelle épinière, au niveau de la région dorso-lombaire et jusque vers le milieu de la région cervicale, des trajets filiformes, sinueux, enflammés, marqués sur les coupes transversales par un ou deux pertuis rougeâtres, entourés d'une légère zone diffuse et occupant des points très variés de la substance blanche. D'après leur aspect et leurs dimensions, ces trajets, que nous avons soumis à l'examen de M. Féré, ne paraissent pouvoir s'expliquer que par le passage de vers filiformes. Nous n'avons cependant pu, jusqu'à présent, y découvrir de filaires, soit que celles-ci aient abandonné la moelle à un moment donné, soient qu'elles aient occupé lors de l'autopsie une portion de la région dorso-cervicale qui a échappé à notre examen. Les trajets, d'ailleurs, ne franchissaient pas le bulbe, et nous n'en avons pas retrouvé la moindre trace dans le cerveau. En tout cas, il est à peu près certain qu'ils ont été produits par des filaires erratiques, auxquelles devrait être ainsi rapportée la paralysie incomplète du sujet.

Quant aux parasites superficiels, ils étaient logés entre les faisceaux du tissu conjonctif et souvent difficiles à dégager sans rupture; cependant, nous avons pu en obtenir plusieurs exemplaires entiers.

L'examen des vers ainsi recueillis nous a procuré la satisfaction de constater que plusieurs étaient des mâles, dont un bien complet. Toutefois, comme il est de règle chez la plupart des Nématodes, le nombre des mâles était manifestement inférieur à celui des femelles, la proportion étant de 3 pour 7.

En tout cas, cette observation va nous permettre de fournir une diagnose à peu près complète de la filaire hémorrhagique.

Le corps est blanc, cylindrique, à peine atténué aux extrémités, un peu plus en arrière qu'en avant. L'extrémité céphalique représente un cône assez fortement rétractile, montrant fréquemment, pendant la vie, plusieurs étages successifs ; lorsqu'elle est en état d'extension, elle forme un cône simple, au sommet duquel s'ouvre la bouche, qui a l'aspect d'une petite ouverture circulaire inerme. La cuticule est garnie de stries transversales extrêmement délicates et serrées. A la base du cône céphalique, ces stries s'écartent davantage et se montrent moins régulières, limitant bientôt des espaces en saillie, les uns allongés transversalement, les autres plus courts, elliptiques ou circulaires, représentant en définitive des saillies papilliformes très nombreuses.

A la bouche fait suite un œsophage court et grêle, entouré vers le tiers postérieur par l'anneau nerveux. Cet œsophage, à peu près cylindrique, débouche dans un intestin immédiatement très large, qui parcourt toute la longueur du corps sans décrire de sinuosités. A quelque distance de l'extrémité caudale, il se rétrécit et se termine par un court rectum. L'anus est situé sur la face ventrale.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE

I. — L'agathine, un nouvel antinévralgique, par le Dr Z. Rosenbaum. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1892, n° 50, p. 569.)

I. — Sous le nom d'agathine, un chimiste de Francfort, M. Roos, vient de faire connaître un nouveau produit, qu'il a obtenu en condensant l'aldéhyde salicylique avec le méthylphénylhydrazone, etc. Voici la formule que donne M. Roos de ce nouveau produit :

$$C^6 H^4, OH. CH = Az. Az. (CH^3) C^6 H^5.$$

L'agathine est constituée par de petites lamelles blanches, à reflets verdâtres. Le nouveau produit est inodore, sans saveur, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther. Il fond à 74°.

Ce corps a une toxicité faible, beaucoup plus faible que celle des deux combinaisons dont il dérive. A la dose de 1/2 gr., il est très bien supporté chez l'homme, et il produit des effets analgésiants très prononcés dans les cas de névralgie et de rhumatisme, si l'on s'en rapporte aux résultats annoncés par M. Rosenbaum et qui ont trait aux expériences cliniques faites avec l'agathine dans les différents services de l'hôpital civil de Francfort-sur-Mein. Voici les résultats de ces expériences :

M. Laquer a obtenu la guérison d'une névralgie sus-orbitaire qui avait résisté à la médication salicylée, en faisant prendre au malade 12 paquets d'agathine de 50 centigr. chacun, à raison de 3 paquets par jour ; la névralgie durait depuis quinze jours. Dès le troisième jour, les douleurs étaient considérablement atténuées : le malade avait recouvré le sommeil et mangeait de meilleur appétit. Le médicament n'a produit aucun effet fâcheux accessoire. Il n'a point paru manifester d'action thérapeutique immédiate, ses effets semblent surtout être accumulatifs.

Même résultat dans un cas de névralgie du trijumeau survenu comme le précédent à la suite d'une attaque d'influenza.

M. Lœwenthal a expérimenté l'agathine dans deux cas de rhumatisme articulaire grave. L'un de ces cas concernait une jeune fille de 23 ans, affectée d'un rhumatisme articulaire aigu du genou droit ; pendant quinze jours on avait prescrit le salicylate de soude à la dose de 1 gr. 1/2 à 2 gr. *pro die*, sans résultats. On fit prendre ensuite à la malade des paquets d'agathine de 50 centigr., au nombre de 3 par jour ; après dix jours de traitement, la jeune fille pouvait remuer son genou sans souffrir, et les douleurs n'ont pas reparu.

L'autre cas concernait un jeune homme de 28 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire chronique généralisé. Insuccès de la médication salicylée et antipyrinique. Le traitement par l'agathine a donné une amélioration rapide.

Chez un homme de 40 ans, qui avait contracté une névralgie du trijumeau à la suite d'une attaque d'influenza, un traitement par l'agathine (10 paquets de 0,5, à raison de 3 paquets par jour) a procuré une guérison rapide.

M. Rosenbaum a traité un malade qui, s'étant endormi dans un caveau humide, s'était réveillé avec de violentes douleurs dans les lombes et dans les jambes. Le malade dut s'aliter, et pendant quatre semaines on le traita par l'antipyrine, la phénacétine, la quinine, les injections de morphine, les frictions calmantes, les bains chauds, l'électricité, le massage, sans obtenir la moindre amélioration. On lui fit prendre pendant trois jours des paquets d'agathine de 0 gr. 5, à raison de 2 paquets

par jour; les douleurs s'étaient amendées; on continua le traitement en portant le nombre des prises à 3 par jour. Il se produisit une amélioration telle que le malade pouvait de nouveau se lever et se promener dans la chambre; on interrompit le traitement, et les douleurs revinrent plus fortes que jamais. On reprit le traitement pendant six jours (3 paquets de 0 gr.50 d'agathine par jour), au bout desquels le malade était complètement guéri.

Dans un cas de sciatique traité dès le début par l'agathine, le malade était guéri après avoir absorbé 20 paquets d'agathine de 0 gr. 50, à raison de 3 paquets par jour.

Même résultat dans un cas de névralgie très rebelle, d'origine diabétique. Il s'agit d'une femme de 51 ans, qui maintes fois avait transgressé le régime diabétique auquel on l'avait soumise; elle était venue en proie à des douleurs intolérables dans la poitrine et dans le dos; on surveille son régime, on la traite par l'antipyrine, la phénacétine, les injections de morphine, les fomentations chaudes, sans obtenir la moindre amélioration. La femme gémissait nuit et jour. On lui fit prendre pendant trois jours 3 paquets de 0 gr. 50 d'agathine par vingt-quatre heures, et elle se trouva débarrassée de ses douleurs. Mais après deux jours d'interruption de ce traitement, les douleurs étaient revenues. On lui fit prendre de nouveau de l'agathine pendant une semaine, et dès le premier jour elle se trouva de nouveau débarrassée de ses souffrances. Ensuite on abaissa pendant quelques jours le nombre des prises à deux, puis à une; dix semaines plus tard, il n'était pas survenu de récidive.

Dans un cas de névralgie sus-orbitaire consécutive à une attaque d'influenza, et qui avait résisté aux remèdes antinévralgiques habituels, la guérison a été obtenue après huit jours de traitement par l'agathine (3 paquets de 0 gr. 50 par jour); d'abord, on a constaté que la douleur revenait chaque jour un peu plus tard, pour durer un peu moins longtemps. Finalement, les accès douloureux ne se sont pas reproduits.

Dans un autre cas de névralgie sus-orbitaire, il a fallu poursuivre le traitement par l'agathine pendant des semaines avant d'obtenir une guérison définitive; avant que ce résultat ne fût atteint, les douleurs se reproduisaient sitôt qu'on interrompait la médication.

En terminant, M. Rosenbaum indique la limonade citrique comme le meilleur moyen à employer pour combattre les effets nauséeux de l'agathine.

(*A suivre.*) E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de chirurgie orthopédique, par le Dr Redard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine. Un vol. grand in-8° de 1.048 pages avec 771 figures dans le texte. — Octave Doin, éditeur, Paris, 1892.

La chirurgie orthopédique est une science éminemment française. Elle a eu pour représentants autorisés des hommes d'une valeur considérable, mais à mérite trop souvent méconnu, dont les découvertes restaient stériles jusqu au jour où, après avoir acquis en Allemagne droit de naturalisation, elles nous revenaient comme des nouveautés. C'est ainsi que Stromeyer, en faveur de qui les chirurgiens d'outre Rhin revendiquent la priorité dans la section sous-cutanée des tendons, ne fut que le plagiaire de Delpech qui, quinze ans auparavant, avait guéri un pied bot en coupant le tendon d'Achille; c'est ainsi que Dieffenbach lui-même ne fut que l'imitateur de Dupuytren qui, appliquant aux muscles le procédé que son collègue de Montpellier appliquait aux tendons, avait pratiqué en 1822 la myotomie sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien.

Attirés par l'importance et la fréquence des difformités congénitales ou acquises les chirurgiens s'occupèrent à l'envi du traitement à leur opposer. Dès cette époque date la marche vraiment scientifique de l'orthopédie. Cessant d'être placée entre les mains des rebouteurs et des empiriques ou même entre celles des praticiens sans beaucoup de talent, dont parle Malgaigne, qui avaient renoncé à suivre les progrès de la chirurgie, l'étude scientifique et clinique de cette spécialité reprit peu à peu le rang qui lui était dû pour arriver à être en grand honneur aujourd'hui, grâce aux immenses succès réalisés.

Bien qu'il eût paru en France de remarquables et nombreux travaux sur cette branche de la chirurgie, il n'existait pas de traité d'ensemble donnant l'état actuel des connaissances pratiques déjà acquises, de celles qui sont encore à acquérir. Cette lacune M. Redard est venu fort heureusement la combler. C'est dans le service d'orthopédie et de chirurgie des enfants qu'il dirige avec tant d'autorité au dispensaire Furtado-Heine que son livre a vécu, c'est là que l'habile chirurgien orthopédiste a pu étudier les difformités, appliquer les diverses méthodes qu'il expose.

On ne saurait s'attendre à trouver ici l'analyse d'un livre didactique, fortement documenté, illustré de très nombreuses figures. Il suffira pensons-nous, d'en résumer le sommaire, d'en faire connaître l'harmonie générale : à une dissertation historique révélant l'érudition la plus sûre et la plus étendue, et servant d'introduction à l'ouvrage, font suite neuf grands chapitres qui traitent successivement de la chirurgie orthopédique en général, du torticolis, des déviations de la colonne vertébrale, des difformités du thorax, des membres supérieurs et inférieurs, des difformités dans les maladies du système nerveux, des difformités à la suite des fractures et des luxations, des contractures et ankyloses.

I. *Chirurgie orthopédique en général.* — Il y est question des difformités et du traitement qu'il convient généralement de leur appliquer. Celui-ci sera préventif ou curatif suivant qu'il importera de combattre des attitudes vicieuses pour empêcher le développement de malformations ou qu'il faudra intervenir d'une façon plus directe pour faire disparaître ces derniers soit en utilisant les appareils de redressement, d'extension, de suspension et de contention; soit en ayant recours aux opérations sanglantes ou non sanglantes. Le lecteur trouvera tous les renseignements nécessaires pour l'application des corsets en plâtre, en feutre, en gutta-percha, en silicate de potasse, en fil de fer, en paraffine, en cuir bouilli, en rubans de bois, en même temps qu'il verra tous les bénéfices à retirer de l'ostéoclasie, de l'ostéotomie, de la ténorraphie, de la ténectomie, de la greffe tendineuse, de la ténoplastie, de l'aponévrotomie, de la myotomie, de la neurotomie, de la neurotripsie, des résections articulaires, de la chondrotomie, de l'arthrodèse.

II. *Torticolis.* — Il peut être congénital ou acquis et dans cette dernière catégorie rentrent les torticolis oculaire, paralytique, intermittent ou spasmodique. Le traitement à lui opposer varie suivant la forme et la nature de la difformité.

Si la ténotomie a ici des indications étendnes, après la section tendineuse on doit chercher à maintenir le redressement obtenu. Dans ce chapitre nous pouvons voir figurés les appareils de Pétrali, de Sayre, de Lorenz, de l'auteur, de Bouvier, de Richard, de Mathien, de Collin, de Reynders, de Markoé de Davis et déduire leurs indications.

III. *Déviation de la colonne vertébrale.* — Pendant longtemps l'orthopédie resta bornée au traitement de la gibbosité rachidienne et du pied bot. C'est assez dire la grande part qui revient à l'étude des déviations de la colonne vertébrale. Après avoir rappelé quelques détails d'anatomie pathologique insisté sur les courbures, les mouvements, les attitudes, le développement du rachis à l'état normal, l'auteur étudie les déviations dans le sens antéro-postérieur : cyphose, lordose ; et les déviations latérales, scolioses.

La cyphose est la plus commune des courbures antéro-postérieures de la colonne vertébrale. On en distingue plusieurs formes, la cyphose des adolescents, la cyphose d'origine musculaire ou myopathique la cyphose d'origine osseuse ou ostéopathique. La lordose, beaucoup moins fréquente que la cyphose, s'observe dans les régions qui présentent normalement une incurvation antérieure, principalement les régions lombaire et lombo sacrée. La lordose cervicale est beaucoup plus rare que la lordose lombaire. Elles peuvent être statiques, myopathiques, par compensation ou ostéopathique.

La scoliose est la déviation latérale permanente de la totalité d'un segment de la colonne vertébrale et l'auteur décrit la scoliose des adolescents extrêmement fréquente dans certaines contrées et dans les grandes villes, la scoliose en rapport avec l'obstruction nasale causée le plus souvent par des tumeurs adénoïdes, principalement dans les variétés compliquées d'inflammation chronique des muqueuses voisines, la scoliose rachitique, les scolioses d'origine nerveuse qui s'observent en raison du rôle trophique de la moelle pour la plupart, dans les maladies médullaires, les scolioses cicatricielle, pleurétique.

IV. *Difformités du thorax.* — Congénitales ou acquises, elles peuvent être ramenées aux trois types suivants : poitrine en carène caractérisée par la saillie du sternum, poitrine excavée au niveau de l'appendice xiphoïde, poitrine en entonnoir déterminée par l'enfoncement infundibuliforme du sternum tout entier.

V. *Difformités du membre supérieur.* — Sont successivement passées en revue les luxations congénitales de l'épaule, du coude, du poignet, les difformités rachitiques, les difformités du radius et du cubitus par trouble de l'ossification, les difformités congénitales et acquises de la main et des doigts, les rétractions cicatricielles, aponévrotiques musculo-tendineuses.

VI. *Difformités du membre inférieur.* — Plus du tiers de l'ouvrage a été consacré à leur examen. Il est vrai que tout ce qui a trait à la luxation congénitale de la hanche, de la rotule, du cou-de-pied, y a été magistralement exposé. On lira avec intérêts les paragraphes consacrés au genu valgum et au genu varum, aux déviations du genou en rapport avec les troubles de croissance, aux déformations rachitiques des membres inférieurs.

Enfin M. Redard aborde l'étude du pied bot et là tout en rappelant ce qui a été fait et laissant entrevoir ce qui reste à faire il met un soin judicieux à bien préciser les indications thérapeutiques. Sans signaler à nouveau tout ce qui a trait aux appareils puisque chacun d'eux est représenté, nous recommandons la lecture des moyens chirurgicaux conseillés, la ténotomie, la tarsotomie, la tarsectomie, les résections partielles des os du tarse remises en honneur par Ch. Nélaton, les sections aponévrotiques tendineuses et ligamenteuses préconisées par Phelps et Bridlon.

Mentionnons enfin tout ce qui a trait à la thérapeutique du pied plat, du pied creux et des difformités des orteils.

VII. *Difformités dans les maladies du système nerveux.* — Elles résultent de paralysies d'atrophies, de contractures agissant séparément ou ensemble et attribuables à des maladies de l'encéphale et de la moelle ou à des lésions du système nerveux périphérique. Le traitement chirurgical ou orthopédique, contre-indiqué tant que persiste l'élément myospamodique, convient absolument dans les contractures permanentes d'ordre mécanique avec altérations et raccourcissements musculaires et fibrotendineux.

VIII. *Difformités à la suite de fractures et de luxations.* — Elles sont le plus souvent justiciables des interventions de la chirurgie générale.

IX. *Contractures et ankyloses.* — Le traitement des contractures diffère suivant la nature et la cause de l'affection. L'extension, la suspension, le massage, les exercices gymnastiques, le redressement forcé et les appareils à traction élastique suffisent dans la plupart des cas. Quant aux ankyloses en bonne position ou en position vicieuse comme on a voulu les distinguer, elles peuvent légitimer les tentatives de redressement, justifier même les interventions sanglantes.

Aurons-nous réussi à faire comprendre dans les quelques lignes qui précèdent tout ce que le traité de M. Redard renferme de richesses ? Nous le désirons sans l'espérer beaucoup. C'est qu'en effet il est difficile au lecteur de voir dans ce sommaire très écourté le côté éminemment pratique du livre.

CH. AMAT.

BULLETIN

— On sait quelle importance est attachée à la préparation par synthèse des sels de quinine, et de nombreuses tentatives avaient été faites depuis longtemps, et infructueusement, sans que pour cela les recherches eussent été conduites avec moins d'ardeur. Enfin, en 1891, M. Grimaux est arrivé à préparer des quinines à l'aide de dérivés de la cupréine, dont la quinine elle-même, d'ailleurs, se rapproche beaucoup ; elle est en effet la méthyl-cupréine. Les autres corps sont la quinéthyline et la quinopropyline.

Chimiquement, ces corps ont donc à peu près la même formule que la quinine ordinaire ; il leur manquait l'expérimentation physiologique. C'est cette lacune que M. Laborde est venu combler en donnant, à la Société de Biologie (séance du 2 juillet 1892), les résultats de ses recherches sur l'action physiologique de ces divers produits. Ils sont extrêmement encourageants, car ils montrent, ainsi que l'avait pensé M. Grimaux dès le début, que les propriétés physiologiques de la cupréine, de la quinéthyline et de la quinopropyline sont à peu près celles de la quinine. Quant aux propriétés thérapeutiques, il est nécessaire d'attendre encore quelque temps avant de pouvoir formuler d'une manière précise.

D'une façon générale, ces sels sont antithermiques et analgésiques, mais surtout la quinopropyline, qui est le plus actif de tous ces corps ; elle produit un abaissement considérable de

la température ; mais à doses considérables, elle détermine des convulsions. Les conclusions de M. Laborde intéressent trop le monde médical pour qu'elles ne trouvent pas leur place ici même.

« 1° *Cupréine.* — A la dose de 5 à 10 centigr., chez le cobaye, la cupréine abaisse la température de 1 degré en une demi-heure. Je ne parlerai pas des autres phénomènes, qui sont exactement ceux qu'on observe avec la quinine ;

2° *Quinéthyline.* — J'ai étudié le chlorhydrate et le sulfate de quinéthyline. Le chlorhydrate est plus soluble et plus actif. Ces sels à dose suffisante (10 centigr. pour le cobaye, 20 centigr. pour le lapin) produisent, en une demi-heure, un abaissement de deux degrés chez ces animaux. J'ai même pu obtenir, avec le chlorhydrate de quinéthyline, un abaissement de température de trois degrés au bout d'une heure et demie chez le cobaye ;

3° *Quinopropyline.* — Cette base est la plus puissante de celles que j'ai étudiées. Avec le sulfate de quinopropyline (aux mêmes doses que ci-dessus), j'ai observé des convulsions épileptiformes avec parésie du train postérieur chez les animaux en expérience. Quant aux effets thermiques, ils sont également plus marqués qu'avec la quinéthyline, puisque j'ai vu la température s'abaisser de quatre degrés en une heure. »

Si les propriétés thérapeutiques de ces sels correspondent à leurs propriétés physiologiques, il est à espérer que l'on aura trouvé là de quoi remplacer la quinine elle-même si jamais elle vient à manquer. C'est une question de la plus haute importance et pour les malades et pour le médecin.

— L'otite moyenne suppurée est loin d'être une affection portant avec elle un pronostic bénin ; elle peut être suivie de complications septiques entraînant la mort du malade, et, du côté de l'oreille elle-même, des accidents nécessitant la trépanation de l'apophyse mastoïde. M. Chauvel, à l'Académie de médecine, a rapporté dix-sept cas d'affections septiques consécutives à l'otite moyenne suppurée, sur 1.137 observations. Il y a eu deux méningites, deux abcès du cerveau, deux phlébite des sinus, deux érysipèles, trois arthrites, et cinq cas de septico-pyohémie à diagnostic incertain dont deux suivis de mort et trois de guérison.

Ce qui fait l'intérêt des ces observations, c'est que ces accidents septiques sont parfois arrivés très longtemps après l'apparition des premiers phénomènes de purulence, et que, par suite, on ne peut jamais être assuré, au cours de cette forme d'otite, de ne pas voir d'un moment à l'autre se développer des manifestations pyohémiques. M. Reclus a relaté un cas qui vient à l'appui de cette opinion, cas qui s'est d'ailleurs terminé favorablement.

Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans qui lui avait été adressée par M. Féréol avec le diagnostic de fièvre typhoïde anormale. Dans son enfance, elle avait présenté des symptômes d'otite. Celle-ci sembla se réveiller au milieu des accidents typhoïdes ; un abcès parut autour de l'articulation de l'épaule, puis, un peu plus tard, une cinquantaine d'autres, portant sur des articulations différentes. L'état fut très grave pendant sept mois environ, d'avril en octobre, la malade étant alors en pleine suppuration ; la guérison eut lieu.

Ces accidents septiques généralisés sont-ils en réalité sous la dépendance de l'otite suppurée, ou, comme il est plus probable, ne doivent-ils pas être rattachés à une influence générale infectieuse analogue à ceux qu'on a pu observer dans la dernière épidémie d'influenza ? C'est la question qu'a posée M. Reynier. Il a ajouté que, en ce qui concerne les manifestations locales de l'otite, il lui semble que la trépanation de l'apophyse mastoïde peut être préconisée et doit être pratiquée de bonne heure par crainte de propagation de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes. Ce traitement, applicable dans les cas où l'on a quelque soupçon de cette propagation, permet le lavage de la caisse du tympan et arrête les phénomènes suppuratifs. C'est peut-être là un traitement un peu trop radical ; et le conseil de M. Quenu, de ne l'appliquer que lorsqu'il y a des signes locaux bien nets, tels que la douleur, l'empâtement au niveau de l'apophyse mastoïde, nous semble devoir être suivi.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES GASTRO-ENTÉRITES ESTIVALES

Les découvertes microbiennes ont élucidé la nature infectieuse de la plupart des gastro entérites et démontré la fréquence des auto-intoxications par ferments morbifiques. Il est probable que si la saison chaude est fertile en ce genre d'affections, c'est à la faveur d'une sorte d'angiocholite infectieuse, assez analogue à celle qui se produit dans les pays torrides. Chacun sait le rôle, antiseptique et vitalisant dévolu à la sécrétion biliaire. : s'il y a obstruction hépatique, la gastro-entérite infectieuse ne tarde pas à se produire, par prolifération du *bacillus coli* ou d'autres micro-organismes pathogènes.

On a récemment signalé, sur divers points, des épidémies partielles de choléra nostras, survenues avec ou sans périodes prémonitoire, mais avec toute la toxicité des entérites les plus graves. Il est probable que l'ingestion d'aliments et de boissons altérées doit jouer un grand rôle, au cours des étés chauds et secs, sur l'augmentation de virulence de bactéries communes et banales, incapables, à l'état normal, de sécréter des poisons chimiques aussi foudroyants...

Le praticien devra se méfier, chez les adultes et les vieillards, de la céphalée rebelle, accompagnée de catarrhe gastrique et de phénomènes nerveux, avec nausées et sensations de plénitude épigastrique. Ce sont les ordinaires prodromes de la gastro-entérite estivale. La bouche est amère et pâteuse, la langue limoneuse et gluante ; des renvois nidoreux, de la soif, souvent même une fausse sensation d'appétit, une *pseudo-faim*, indiquent l'état d'irritation, pour le moins épithéliale, de la muqueuse gastrique. Ensuite, on constate une sensibilité assez marquée des parois de l'abdomen, avec coliques et selles séro-bilieuses, accompagnées, parfois, de véritable ténesme dysentérique. L'examen superficiel dénote, dans les selles, de la bile altérée, des mucosités glaireuses et souvent des aliments imparfaitement digérés ; tandis que l'examen microscopique y montre de nombreux leucocytes, résultats de diapédèse, des pigments hémophéiques et le *bactérium coli commune*, sous forme de colonies plus ou moins influentes.

Le meilleur traitement de cette affection saisonnière consiste dans l'administration à doses fractionnées, *de l'eau naturelle d'Hunyadi Janos*, plutôt comme modificatrice sécrétoire que comme purgative véritable. Il faut que je m'explique sur ce point, afin de légitimer la grande supériorité que, d'instinct, le corps médical français, si intelligent, a accordé, depuis de si longues années, à la célèbre source hongroise. *Hunyadi-*

Janos augmente la sécrétion gastrique, dissout les mucus, neutralise les hyperacidités, régularise et fluidifie les sécrétions biliaire et pancréatique : tels sont ses effets primitifs sur le tube digestif de l'homme sain ou malade. Secondairement, les oxydations organiques se trouvent augmentées et le sang allégé de ces produits résiduels de combustions incomplètes, que Frémont (cité par le Dr Monin dans son *Hygiène des riches*) considère comme les véritables *fumerons* de la physiologie humaine.

On conçoit que cette action complexe soit éminemment décongestive, *déphlogosive*, comme dirait un disciple de Broussais, et qu'elle soit capable d'enrayer, à leurs débuts, les troubles gastro-intestinaux les plus graves et de couper court à l'hyperthermie, qui n'est qu'un reflet des auto-intoxications intérieures. Après deux ou trois verres *d'Hunyadi Janos*, on peut constater aussi, par la percussion, le retrait évident du foie et de la rate, hypertrophiés par la congestion et par la rétention sécrétoire.

Ces résultats s'obtiennent sans coliques et sans constipation *redux* : avantages précieux, qui tiennent à ce que l'ean naturelle agit *convenienter Naturæ*, ainsi qu'il sied bien à une *préparation inimitable, d'un équilibre et d'une pondération impossibles à réaliser artificiellement*. Quant à l'action antiseptique et anti-microbienne, il est facile de s'en convaincre, en constatant la *disparition complète des bacilles*, dès la deuxième ou troisième selle. Il est juste de dire que cette disparition tient surtout à l'action cholagogue et à la stimulation vitale imprimée à toutes les glandules du tube digestif et de ses annexes, — ainsi qu'à la galvanisation motrice des fibres lisses gastro-intestinales, dont le rôle stimulant et décongestif mécanique tient, pour le moins, une aussi grande place que celle que certains esprits exclusifs ont dévolue, à tort, aux phénomènes chimiques.

Dr Pol Vernon.

NECROLOGIE

Nous apprenons la mort du Dr Léonce Souligoux, de Vichy. Il laisse de nombreux travaux, parmi lesquels nous citerons : une étude sur le *Ramollissement des os et le moyen d'y remédier*, parue alors qu'il était élève du professeur Piorry, en 1866 ; — sa thèse inaugurale sur le *Diagnostic médical et chirurgical par les moyens physiques*, Paris 1868 ; — *Diagnostic des maladies traitées par les eaux thermales de Vichy*, 1872 ; — *Étude sur les alcalins*, de leur action physiologique sur les phénomènes de la nutrition, 1878 ; — *Étude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement*, 1882 ; — *Étude sur le traitement du diabète*, 1883 ; — *De la dilatation de l'estomac et de son traitement*, 1883, etc., etc. — Comme le Dr Cyr, son collègue à Vichy, le Dr Souligoux meurt dans la force de l'âge ; il n'avait que 51 ans.

NOTES ET INFORMATIONS

Concours d'agrégation. — Le concours d'agrégation des Facultés de médecine (section d'anatomie, de physiologie et d'histoire naturelle médicale) 1892, qui a défrayé la presse de tant de copie et motivé même une interpellation à la Chambre vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs :

Anatomie	Sebileau (Paris) *à l'unanimité*.
	Prinçeteau (Bordeaux).
	Curtis (Lille).
	Laguesse (id.).
	Prenant (Nancy).
Physiologie	Bédart (Lille).
	Abélous (Toulouse).
Histoire naturelle	Heim (Paris).
	Roux (Lyon).

Le triomphe de M. le Dr Sebileau était prévu par tous ceux qui ont suivi les épreuves du jeune prosecteur des hôpitaux. Dans les démonstrations qu'il a faites à Clamart durant ces dernières années, le nouvel agrégé avait pu, au reste, donner sa mesure. Une parole brillante, chaude et imagée, mise au service de vastes et sérieuses connaissances, un esprit véritablement scientifique chez qui la précision n'exclut pas la largeur des idées, voilà avec un caractère simple, droit et indépendant, les qualités que M. Sebileau apportera à cette Faculté de Paris où l'anatomie descriptive ne brille précisément, ni par le nombre, ni par la valeur de ses adeptes. M. le professeur Farabeuf doit être fier du succès de son élève : chacune de ses savantes leçons magistrales est désormais assurée d'un beau lendemain.

L'Ecole de Paris n'est pas moins favorisée dans la section d'histoire naturelle. M. le Dr Heim, qui sort vainqueur de ce concours où il avait affaire à forte partie, est appelé au plus brillant avenir scientifique. Il passe maître à un âge où d'ordinaire on est encore assis sur les bancs. Comme son maître M. Baillon, ce jeune naturaliste possède au plus haut degré les dons naturels qui font l'excellent professeur ; ses titres sont considérables et ses travaux originaux ont déjà marqué dans la science.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le Dr Brouardel.

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, a rendu compte de la situation sanitaire à l'intérieur. Il résulte des renseignements fournis par M. Monod que le nombre des entrées dans les hôpitaux de Paris, de personnes atteintes de fièvre typhoïde, du 24 au 30 juin, atteint le chiffre de 95. Le 24 juin au matin, le nombre des typhiques en traitement dans ces hôpitaux était de 185 ; le 30 juin au soir, il était de 235.

L'épidémie de variole dans la Creuse est terminée.

La diphtérie, qui s'était montrée dans la Nièvre, a disparu.

La fièvre typhoïde s'est montrée à Épinal, d'abord dans l'une des casernes de la ville, puis à l'École normale des filles, et enfin au collège des garçons. Sur l'initiative du préfet, l'eau d'alimentation est en ce moment soumise à l'analyse. Le médecin des épidémies, conjointement avec les médecins militaires, procède à une enquête sur les causes de la maladie.

L'on signale également des cas de fièvre typhoïde dans un régiment d'infanterie de marine à Toulon. La population civile est indemne.

M. le Dr Proust a communiqué ensuite des renseignements sur l'état sanitaire à l'extérieur.

Les nouvelles de Samarcande annoncent que le choléra fait de nombreuses victimes dans la région du Syr Daria. Il progresse à Bakou. Une dépêche du 26 annonce 48 nouveaux cas et 38 décès. La population est affolée ; 40.000 émigrants fuient dans tous les sens.

On annonce officiellement 40 décès par jour, mais on a constaté le 27 juin 102 morts.

Les Tartares refusent d'entrer dans les hôpitaux.

De Bakou, le choléra a gagné : vers le nord, Pétroskaye et Astrakan, et vers l'ouest, Tiflis, où l'on a officiellement constaté le 30 juin 5 cas de choléra. L'épidémie suit la même marche qu'en 1831 et 1847.

L'épidémie augmente toujours à Bakou et se propage dans le Caucase.

— On doit avoir les plus grandes craintes pour l'infection de la mer Noire.

Il résulte des mesures quarantenaires édictées il y a quelques jours par le Conseil de santé de Constantinople, que tout le littéral transcaspien russe de la mer Noire. depuis Soukoum-Kalé, au nord, jusqu'à 30 kilomètres de Batoum, au sud, est à peu près fermé à la navigation, puisque les gros navires, le cabotage à la voile excepté, ne pourront communiquer avec la Turquie qu'après avoir, au préalable, subi une quarantaine de dix jours à l'entrée du Bosphore, du côté de la mer Noire.

Malheureusement, l'installation du lazaret de Khavac, dans le Haut-Bosphore, est tout à fait insuffisante aussi bien au point de vue de la quantité de personnes à loger qu'au point de vue de la désinfection.

Le lazaret n'a qu'une étuve et il ne se compose que de quatre à cinq pavillons pouvant loger au plus 100 à 150 personnes, et cela dans des conditions des plus défectueuses — absence d'eau potable et de cabinets d'aisances. — Il faudra mouiller deux ou trois vieux navires en guise de pontons et les aménager pour loger les quarantenaires, qui seront très nombreux si le choléra continue à prendre de l'extension. Mais il est impossible de placer ces pontons près du lazaret ; il n'y a pas de mouillage que près de la côte d'Europe, située à 2 milles de distance du lazaret et par conséquent de l'étuve à désinfection.

— La situation sanitaire de la mer Rouge, du lazaret de Kamaran et du Hedjaz est présentée comme satisfaisante, mais il faut attendre encore dix à douze jours pour être quitte de toute crainte de ce côté.

Des télégrammes récents du Dr Gazalas annoncent que le reste du pays des Montefiks, en Mésopotamie, diminue sensiblement. Il n'y a pas de cas nouveaux et beaucoup de malades sont dès à present guéris. La maladie n'a pas franchi les cordons militaires.

Enfin, à Rio-Janeiro, l'état sanitaire va en s'améliorant ; l'épidémie de fièvre jaune n'y règne qu'à l'état de cas isolés.

Ligue contre le cancer. — Adresse au public médical. — On n'a sans doute pas oublié l'échange de lettres qui a eu lieu entre MM. les professeurs Verneuil et Duplay, lettres publiées dans la *Gazette hebdomaire* (nos des 12 et 26 mars) et reproduites par la plupart des journaux de médecine et même par quelques journaux extra-médicaux.

Dans la lettre du 12 mars, M. Verneuil engageait vivement M. Duplay à fonder une « Ligue contre le cancer » analogue à l'œuvre de la tuberculose, et à se mettre à la tête de cette entreprise.

Répondant à cette invitation, M. Duplay, aidé de M. Reclus, s'est mis en devoir de réaliser l'idée de M. Verneuil et s'est tout d'abord occupé de constituer un comité d'organisation.

Ce comité, sous la présidence d'honneur de M. Verneuil, est ainsi composé :

Président. — M. Duplay ;

Vice-présidents. — MM. Trasbot, de l'École d'Alfort ; Strans, de la Faculté de médecine ; Metchnikoff, de l'Institut Pasteur ;

Secrétaire général. — M. Paul Reclus, agrégé de la Faculté de Paris ;

Secrétaires. — Partie chirurgicale : M. Ricard, professeur agrégé chirurgien des hôpitaux ;

Partie médicale : M. Brault, médecin des hôpitaux ;

Partie expérimentale et anatomie pathologique : M. Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité ;

Secrétaire du comité. — M. Rochard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté ;

Trésorier. — M. Masson, éditeur, libraire de l'Académie de médecine.

Après en avoir délibéré, le comité d'organisation a décidé de publier une adresse au public médical afin de faire connaître le but de l'œuvre et les moyens qu'il se propose de mettre en usage pour l'atteindre.

Ainsi que le faisait remarquer M. Verneuil dans sa lettre du 12 mars, nos connaissances sur le cancer ont fait peu de progrès depuis trente ou quarante ans. Nous guérissons mieux nos opérés grâce à l'antisepsie ; mais nous ne sommes guère plus avancés sur tous les autres points de l'histoire de cette affection : étiologie, pathogénie, nature intime, récidives, etc. Bref, le cancer est une honte de la chirurgie contemporaine.

Le but de la « Ligue » est de solliciter et d'encourager de toutes manières les recherches, de les centraliser, de fournir aux travailleurs les moyens d'études et de propager les résultats obtenus, afin de parvenir à une connaissance plus complète de toutes les questions afférentes au cancer, afin surtout d'arriver à la guérison de ce fléau de l'humanité.

Nous faisons donc appel à tous les homme de bonne volonté et nous leur demandons de joindre leurs efforts aux nôtres pour atteindre ce but. Nous sollicitons le concours des anatomo-pathologistes, des cliniciens, des histologistes, des microbiologistes et des vétérinaires.

Nous prions même les explorateurs et les géographes de vouloir bien nous éclairer sur les influences que les climats et les races peuvent avoir sur le développement de cette maladie.

Et ce n'est pas seulement dans les laboratoires des Facultés et des Écoles de médecine, dans ceux des Écoles vétérinaires, dans les grands services hospitaliers de Paris et de la province que nous souhaitons de voir s'accomplir les principaux travaux ; nous accepterons avec reconnaissance les observations que nous adresseraient les praticiens isolés des petites villes et de la campagne ; afin d'être au courant de ce qui se fait à l'étranger, nous nous mettrons en rapport avec les sociétés similaires qui existent ou se fonderont dans tous les autres pays.

Pour centraliser et utiliser tous ces efforts, la *Ligue contre le cancer* organisera des congrès où seront communiquées les découvertes faites par ses membres, où seront étudiées et discutées certaines questions mises à l'ordre du jour.

Une publication spéciale, dirigée par les soins des secrétaires, fera connaître les travaux importants parus sur le cancer et tiendra, par des analyses et des notes bibliographiques, le lecteur au courant de tout ce qui sera publié sur la matière.

Enfin, lorsque la « Ligue », ainsi que nous l'espérons, sera suffisamment pourvue, des prix et des encouragements seront

instituées, pour venir en aide aux travailleurs, stimuler leur zèle et faciliter leurs recherches.

Mais un pareil but ne peut être atteint, un aussi vaste programme ne peut être réalisé sans le secours de tous, et nous ne faisons pas ici seulement allusion au secours intellectuel qui peut nous être apporté par le plus modeste des savants; nous voulons aussi parler du secours pécuniaire indispensable à toute association.

La *Ligue du cancer* est non seulement une œuvre scientifique, mais, comme nous l'avons dit, elle est avant tout une œuvre humanitaire; elle ne prend naissance que pour essayer de prévenir l'extension de cette redoutable affection et d'arracher à la mort les malheureux qui en sont atteints. Aussi chacun, dans la mesure de ses moyens, peut-il nous prêter son assistance.

Un court aperçu des statuts de l'œuvre, annexé à cette adresse, montrera les bases principales de la Ligue, son organisation, son fonctionnement, les ressources dont elle pourra disposer et les moyens à l'aide desquels elle portera à la connaissance des sociétaires les résultats qui auront été obtenus.

Le Comité :

MM. Duplay, Trasbot, Strausé, Metchnikoff, Reclus, Ricard, Brault, Rochard, Cazin.

Extraits des statuts.

La « *Ligue contre le cancer* » siège à Paris; elle est administrée par le Comité de direction.

Des comités adjoints composés des professeurs des Facultés et Écoles secondaires de médecine, des Écoles de santé de la marine et de l'armée, des Écoles de médecine vétérinaire seront crées et apporteront leur concours scientifique à la « Ligue ».

Les comités adjoints désignent les collaborateurs et les subventions à leur accorder et sont en outre chargés de la surveillance et de la centralisation de leurs travaux.

Le Comité de direction est en même temps le bureau du Conseil d'administration. Il se réunit une fois par trimestre et délibère à la majorité des membres présents. Il a tout pouvoir pour gérer et administrer les affaires sociales, tant actives que passives, et fait encaisser par le trésorier tous les fonds appartenant à la « Ligue », à quelque titre que ce soit.

Les fonds appartenant à la « Ligue » placés par les soins du trésorier, restent à la disposition du Comité de direction, qui les emploiera, suivant les besoins, à l'administration, aux publications de l'œuvre et aux subventions accordées par elle.

Sont membres de la «Ligue» les personnes qui ont versé à une époque quelconque une souscription de 300 francs;

Les personnes qui versent une souscription annuelle dont le minimum est de 20 francs.

Cette cotisation peut être rachetée par une somme versée une fois pour toutes.

Tout membre a le droit de racheter ses cotisations à venir en versant une fois pour toutes la somme de 200 francs; il devient ainsi *membre à vie*.

Les membres à vie peuvent devenir membres fondateurs en versant une somme complémentaire de 100 francs.

Tout ce qui concerne l'administration de la « Ligue », le résumé des résultats acquis, les progrès accomplis par la « Ligue », le budget des recettes et des dépenses, dressé annuellement par le trésorier, est publié dans un recueil périodique rédigé par le secrétaire du Comité.

Les personnes qui désireraient faire partie de la « Ligue du Cancer » ou les généreux donateurs qui voudraient bien favoriser cette œuvre sont priés de s'adresser au trésorier, M. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, qui est, dès à présent, en demeure de leur accuser réception.

La liste des dons faits à la « Ligue du Cancer » sera publiée dans un journal de médecine.

NOUVELLES

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois d'avril, mai et juin* (année scolaire 1891-1892). — Madon : Des névralgies blennorrhagiques. — Duprat : Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic et de l'électropronostic de la paralysie faciale. — Guiet : De l'éléphantiasis des paupières. — Bernard : Contribution à l'étude de la grippe et de ses complications oculaires. — Depied : Des maladies pulmonaires chroniques dans leurs rapports avec la nutrition du traitement par l'air comprimé.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fête nationale du 14 juillet.* — Billets d'aller et retour. — A l'occasion de la Fête nationale, la Compagnie a décidé que les billets d'aller et retour délivrés du 9 au 14 juillet seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet.

Cette durée de validité pourra être prolongée de moitié à deux reprises — les fractions de jour comptant pour un jour — moyennant 10 0/0 de supplément.

Les aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille conserveront, bien entendu, leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Circulation à demi-place.* — Le public peut se procurer dans toutes les gares des chemins de fer de l'Etat, de l'Est, du Midi, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de P.-L.M. des cartes donnant le droit de circuler à demi place *sur les sept réseaux*, moyennant le versement préalable d'une somme de :

	1re classe	2e classe	3e classe
pour 3 mois..........	180 fr.	135 fr.	90 fr.
— 6 mois..........	270 »	200 »	135 »
— 1 an..........	360 »	270 »	180 »

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 26 juin au 2 juillet 1892

Fièvre typhoïde, 16.— Variole, 2. — Rougeole, 36. — Scarlatine 7.— Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 19. — Grippe, 0.— Phtisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 36. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6.— Maladies organiques du cœur, 56.—Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 72.— Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 113.— Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales 3.— Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 15. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 154. — Causes inconnues, 8. — Total 921.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

REVUE GÉNÉRALE

DES RAPPORTS ENTRE LES LÉSIONS DES CAPSULES SURRÉNALES, LES LÉSIONS NERVEUSES SYMPATHIQUES ET LA MALADIE D'ADDISON,

Par H. BARBIER.

I

On sait que, dans le principe, Addison avait établi en règle la coexistence de la maladie bronzée et des lésions des capsules surrénales. Par la suite, il s'était rangé à l'hypothèse de l'origine nerveuse de la maladie. Les articles de M. Jaccoud (1) et de M. Ball, renferment à ce sujet toutes les observations parues jusqu'alors.

M. Jaccoud a réuni 125 observations de maladie bronzée avec lésions des capsules surrénales, et l'article de M. Ball en renferme 183, dans lesquelles on retrouve naturellement les observations précédentes, et où se trouve notée cette coexistence, mise en relief pour la première fois par Addison.

Cependant, dès le début, les objections n'avaient pas manqué. Abstraction faite des théories qui se firent jour alors pour expliquer les phénomènes qui se montrent dans les causes de l'affection en dehors de la mélanodermie, elles reposaient sur deux ordres de faits maintes fois constatés à l'autopsie :

1° La constatation des symptômes de la maladie sans qu'on retrouvât à l'autopsie des lésions des capsules surrénales ;

2° L'existence de lésions capsulaires sans mélanodermie.

M. Jaccoud a réuni 17 observations et M. Ball 25, concernant la première catégorie de faits. Quant à la seconde, on en trouve 58 dans l'article de M. Jaccoud et 73 dans celui de M. Ball (1).

On voit donc par là, que la théorie pathogénique primitive d'Addison, qui reparaît déjà sur un point de physiologie bien peu connu, — le rôle des capsules surrénales — était nécessairement compromise par les résultats fournis par l'anatomie pathologique.

Ceux-ci avaient également mis en relief un point sur lequel je crois devoir insister dès maintenant, en raison de la nature de la lésion capsulaire, plus ou moins irritative, c'était la fréquence de la tuberculose (2). On n'a qu'à parcourir les statistiques relevées par M. Jaccoud et par

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.* Maladie bronzée, t. V.
(2) *Dictionnaire encyclopédique.* Maladie bronzée, 1re sér., t. II.

(1) L'article de M. Ball étant postérieur, contient naturellement dans ses tableaux les cas qui figurent déjà dans celui de M. Jaccoud.
(2) On est naturellement autorisé à appeler ainsi les altérations signalées dans les anciennes autopsies sous le nom d'abcès, infiltration caséeuse aux parties, scrofule, etc.

FEUILLETON

LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE

Suite (1)

L'arrêté de 1878 fut un véritable couronnement de l'édifice de l'organisation médicale en Algérie ; c'est ce que comprit l'ex-Gouverneur général, M. Tirman, qui jugea même nécessaire de le transformer en loi. Le 23 mars 1883 parut le décret signé par feu Jules Grévy, décret qui régit aujourd'hui la médecine de colonisation en Algérie, que je reproduis en entier et qui n'est, sauf quelques omissions et quelques légères modifications, que la reproduction assez exacte de l'arrêté du 5 avril 1878. Ce décret, le voici :

Décret du 23 mars 1883.

Le Président de la République française,

Vu l'avis du Ministre des finances en date du 12 mars 1883,

Vu l'avis du Conseil du gouvernement,

Vu les propositions du Gouverneur général de l'Algérie,

Sur le rapport du Ministre de l'intérieur,

Décrète :

Article premier. — Le service médical de colonisation, en Algérie, est réorganisé ainsi qu'il suit :

TITRE Ier.

Organisation générale. — Dépenses.

Art. 2. — Les territoires de colonisation sont divisés en circonscriptions médicales à chacune desquelles est attaché un médecin spécial.

Art. 3. — Ces circonscriptions, dont le nombre varie suivant les besoins des populations européenne et indigène, sont déter-

(1) Voir le numéro 27.

M. Ball, et l'on verra que dans les observations dans lesquelles la mélanodermie, ou mieux les symptômes de la maladie bronzée se sont montrés, la lésion des capsules est presque toujours tuberculeuse, le cancer est l'exception. Sur les 183 cas recueillis par M. Ball, il y en a deux seulement qui relèvent du cancer.

Au contraire, dans les tableaux où les lésions capsulaires existent sans les symptômes de la maladie bronzée, on ne retrouve pour ainsi dire que le cancer.

Nous reviendrons sur ce point plus tard. L'angine capsulaire pure était donc battue en brèche, et c'est en se basant sur cette circonstance des lésions, d'une part, et de l'autre sur la nature des symptômes éprouvés par le malade qu'est née la théorie nerveuse. Elle a été émise et soutenue par Schmidt de Rotterdam et par les médecins allemands. En France, Martineau l'a surtout défendue et elle a été exposée magistralement et défendue par M. le professeur Jaccoud.

Les défenseurs de la théorie nerveuse se fondent sur les *signes cliniques* de la maladie et sur les résultats d'un certain *nombre d'autopsies* dans lesquelles les lésions du système nerveux abdominal ont été cherchées et trouvées.

M. Jaccoud (*loc. cit.*, page 725) a mis ce premier point en relief « une asthénie croissante au point de causer la « mort, des douleurs épigastriques et lombaires.... des « vomissements...... des palpitations, des syncopes et des « vertiges...., ces symptômes se développent et progressent « en l'absence de toute lésion viscérale importante, sans « anémie, sans albuminurie, sans hémorrhagie, sans diar- « rhée et l'on y verra, sans doute, avec moi, le résultat di- « rect et immédiat d'une pertubation du système nerveux ».

La théorie nerveuse a également, comme nous venons de le voir, des bases anatomiques. M. Jaccoud relève sept exemples positifs et authentiques de lésions du système nerveux. M. Ball en a recueilli 12, auxquels il faut ajouter celui de Habershou qui ne figure pas dans sa statistique et que M. Jaccoud, au contraire, fait entrer en ligne de compte dans la sienne. Ces 13 cas ne décomposent ainsi : (Ball, *loc. cit.*, page 82) :

— Atropbie des ganglions semilunaires et du plexus solaire, 4 cas, dus à Queckett, Addison, Schmidt et van Andel.

— Hypertrophie de ces ganglions ou des nerfs qui en émanent, 6 cas dus à Monro, Robertson, Hayden, Stewart, Greenhaw et Wolff. La lésion consiste surtout dans un épaississement du névrilème.

— Altération graisseuse des ganglions, un cas du à Fritsch.

— Injection vasculaire, sans autre lésion, des ganglions cæliaques et du sympathique, un cas dû à Meyer.

— Enfin, dans un cas. celui de Habersbon, on trouva le ganglion semilunaire gauche englobé dans la masse caséeuse de la capsule correspondante.

Depuis lors des observations assez nombreuses et des travaux importants ont vu le jour. Mais avant de les passer en revue, nous croyons devoir nous arrêter un peu sur les fonctions que la physiologie moderne tend à attribuer aux capsules surrénales. Si en effet elles jouent le rôle de glandes vasculaires sanguines, sans nier l'importance du sympathique abdominal dans l'apparition des symptômes, on peut concevoir *une origine toxique* à la maladie. Cette nouvelle conception rangerait la maladie bronzée à côté du myxadème, peut-être (Lépine) à côté du diabète ou de certains diabètes.

De telle façon qu'en résumé les théories invoquées pour expliquer la maladie d'Addison se ramèneraient à deux.

1. La maladie d'Addison est une maladie du sympathique abdominal, liée ou non à une altération des capsules surrénales, — celles ci étant, il est vrai — souvent l'origine de la maladie, soit qu'on les considérât comme point de départ de l'irritation des nerfs, soit qu'on en fît des centres nerveux importants (Bergmann, Kolliker).

2. Au contraire, la maladie d'Addison est due à une autointoxication; celle-ci résulterait de la disparition — anatomique ou fonctionnelle — des capsules, dont le rôle dépurateur du sang serait dévié ou aboli. Cette théorie doit avoir nécessairement pour base des connaissances physiologiques sur cette action dépurative spéciale.

II

Les premières expériences d'extirpation ou de destruction des capsules surrénales sont de M. Brown-Sequard (1).

(1) *Arch. gén. de médecine*, 1856, et *Journal de physiologie*, 1858.

---

minées par des arrêtés du Gouverneur général, le Conseil de gouvernement entendu.

Elles peuvent être modifiées dans la même forme chaque fois que l'intérêt du service le commande.

Art. 4. — Les dépenses du service de l'assistance médicale sont supportées par le budget du Ministère de l'intérieur, 2e section, service du gouvernement général de l'Algérie (chapitre de l'Assistance publique).

TITRE II.

Commissions locales chargées de dresser les listes des habitants non susceptibles de payer les visites des médecins. — Leur composition. — Leurs fonctions.

Art. 5. — Nul ne peut être admis aux secours médicaux gratuits, s'il n'est inscrit au préalable sur un état dressé chaque année dans la première quinzaine d'octobre.

En vue de la préparation de cet état, et deux mois avant l'époque fixée pour son établissement, les habitants des différentes localités de la circonscription en sont informés par des placards apposés à la porte des mairies ou des locaux en tenant lieu.

Tout chef de famille qui croit avoir des titres aux secours médicaux gratuits doit, dans le délai, requérir son inscription sur l'état.

Les indigènes nécessiteux sont présentés d'office par leur adjoint spécial, à défaut de ce dernier, par l'un des conseillers municipaux musulmans.

Art. 6. — Une commission est chargée de statuer sur ces demandes et de dresser, en double expédition, l'état des personnes admises aux secours gratuits.

Elle se compose :

Du maire de la commune;

De l'adjoint européen ou indigène de chaque section ou, à défaut de ce dernier, de l'un des conseillers municipaux musulmans ;

Il observa chez ses animaux (lapins) des convulsions violentes suivant l'extirpation, mais la plupart de ses animaux mouraient si vite qu'il ne put faire d'observations à longue échéance. Cependant chez centaines d'entre eux, qui survécurent plus longtemps, il crut observer dans les vaisseaux une augmentation du pigment et attribua la mort aux embolies pigmentaires.

Ces conclusions furent combattues par Martin-Magron, Gratiolet, Philipeaux, Harley. L'importance vitale des capsules surrénales fut battue en brèche et la mort des animaux, dans les expériences de Brown-Sequard, fut attribuée aux lésions des nerfs, du péritoine, et à la blessure de la veine cave inférieure et à celle du foie. On sait, en effet, quels rapports intimes unissent la capsule droite à ces deux organes.

Plus tard, Nothnagel (1) reprit l'expérience que Brown-Sequard avait lui-même renouvelée, en enlevant d'abord la capsule droite.

Il comprima les capsules entre les mors d'une pince pour en amener la destruction et chez trois animaux, il observa une pigmentation noirâtre aux lèvres et aux gencives. Ces résultat perdent beaucoup de leur valeur, en raison des animaux chez qui ils furent constatés (lapins tachetés).

En 1889 *Tizzoni* (2) enleva les capsules surrénales en les écrasant. Beaucoup d'animaux succombèrent à l'opération. Chez les autres, il observa de l'amaigrissement, de l'abattement, des paralysies des extrémités, du délire, des convulsions. Aucune accumulation de pigment ne fut relevée dans le sang. Mais 13 animaux, sur 54 opérés, présentèrent deux mois après l'opération une pigmentation, sans forme de taches grisâtres, sur la bouche, sur le nez et à la face inférieure de la langue.

Conjointement, il observa des lésions nerveuses dont il fit dépendre la symptomatologie de la maladie : méningites, hémorrhagies, congestions, lésions cellulaires et tubulaires dans tout le système nerveux central. Ces lésions, d'après lui, seraient consécutives à des troubles vasomoteurs dus

(1) *Zeitschr. f. klin. Medic.* Bd. I.
(2) *Beitrage zur pathol. Anatomie von Zigler.*

eux-mêmes aux altérations du sympathique abdominal, conséquence de la destruction des capsules.

Mais jusque-là le rôle physiologique qu'on accordait aux capsules surrénales restait bien vague : quelques auteurs même le niaient en considérant celles-ci comme les vestiges d'un organe embryonnaire. *Shilling* en 1888 et en 1890 (1), montra que cette conception était fausse, et il mit en relief non seulement l'importance fonctionnelle des capsules, mais encore l'existence des capsules surnuméraires.

Extirpant chez de jeunes animaux une des capsules surrénales, il observa l'hypertrophie compensatrice de l'autre, et en extirpant les deux, il n'observa aucune pigmentation, mais, fait important, le développement, chez le lapin, de *capsules accessoires*.

On sait, en effet, que la substance médullaire des capsules renferme une substance colorable en bleu par le sulfate ferrique, et en brun par le bichromate de potasse. Or, Stilling (*l. c.*) a retrouvé cette substance : dans les cellules contenues dans les ganglions abdominaux du grand sympathique, et encore dans des formations cellulaires particulières, situées dans le voisinage des ganglions similunaires et des branches nerveuses qui en sortent. Ces formations sont constituées par une tunique propre des vaisseaux autour desquels sont rangées ces cellules, analogues à celles de la substance médullaire des capsules.

Elles ont été retrouvées chez le lapin, le chat, le chien. On les rencontre également dans le corps glandulaire que Luschka a décrit : ganglion intercarotidien.

Ces recherches s'appuient également sur les relations embryologiques que Balfour, Braum et Kœlliker ont signalées entre le sympathique abdominal et les capsules surrénales.

Stilling conclut de ce qui précède, que pour être complètes, les observations sur l'homme devront mentionner : le développement ou non des capsules accessoires, l'excite, si les corpuscules chromaphiles du sympathique abdominal ou ceux de la glande intercarotidienne ne sont pas hypertrophiés.

Nous sommes loin, comme on le voit, de l'opinion ancienne,

(1) *Revue de médecine*, 1888 et 1890.
(2) *Archives de Muller*, 1862.

D'un ministre de chacun des cultes professés dans la commune, pourvu qu'il y ait sa résidence personnelle;

D'un membre du bureau de bienfaisance ou, à défaut, d'un habitant notable désigné par le conseil municipal;

Du médecin de colonisation;

Du receveur municipal ou du receveur des contributions qui en remplit les fonctions.

L'état qu'elle dresse doit indiquer non seulement le nom du chef de la famille, mais encore celui de chacun des membres qui la composent.

Art. 7. — La liste d'admission aux secours médicaux gratuits est suivie, dans chaque commune, de l'état des enfants assistés placés dans la commune. Le nom du nourricier ou patron est inscrit en regard du nom de l'enfant assisté.

Art. 8. — Cette liste et revisée est arrêtée, dans le mois de novembre, par le conseil municipal de chaque commune.

Le maire l'adresse au sous-préfet, qui après l'avoir approuvée l'envoie au médecin de colonisation et au maire de la commune.

Si dans le cours de l'année des familles nouvelles viennent s'installer dans la localité, et qu'elles réclament le bénéfice des secours médicaux gratuits, le maire pourra, s'il trouve ces demandes justifiées, faire ajouter les noms de ces familles sur la liste, sous la réserve de faire approuver cette mesure par le conseil municipal, lors de sa plus prochaine réunion

TITRE III.

Comités départementaux de l'assistance médicale. — Leur composition. — Leurs attributions.

Art. 9. — Un comité départemental de l'assistance médicale est institué dans chaque département.

Art. 10. — Ce comité, *présidé par le préfet* du département ou son délégué, est composé de :

Un membre du conseil général désigné par la commission départementale ;

qui considérait les capsules surrénales comme les restes d'un organe embryonnaire. Et si, après les travaux de Bergmann, de Kælliker, de Pappenheim et Remack (1) et ceux plus récents de MM. Alezais (2), la richesse de ces organes en fibres et en cellules nerveuses ne faisait plus de doute pour personne, du moins son rôle glandulaire se dégageait.

La richesse de leur vascularisation, l'existence de cellules épithéliales ne permettait plus aucune hésitation à cet égard. Cependant avec Philipeaux, Tizzoni, MM. Abelais et Arnaud, tout en reconnaissant ce rôle, se rattachaient à l'origine nerveuse de la maladie bronzée, et attribuaient la mort des animaux privés de leurs capsules aux lésions nerveuses et vasculaires consécutives. Car, disent-ils, il se peut que cette grave mutilation n'amène à sa suite aucun symptôme, preuve que le rôle glandulaire de ces organes est nul.

Cependant, il faut bien convenir que si les capsules fonctionnent comme glandes, elles doivent avoir un rôle. On pensa qu'elles éliminaient la neurine.

F. Marino, Zuco et V. Dutto (3), chez un malade à l'autopsie duquel on trouva des lésions capsulaires avancées, examinèrent les urines, et y trouvèrent en effet de la neurine, pendant les douze derniers jours de la vie.

Les altérations du sang ont été cherchées également, Tchirkoff (4), qui n'a pas trouvé de diminution dans la quantité de l'hémoglobine, a observé dans les derniers temps de la maladie une augmentation de l'hémoglobine réduite et de la méthémoglobine.

La pigmentation de la peau proviendrait de l'accumulation de pigments sanguins, et la maladie d'Addison serait caractérisée par des altérations qualitatives de ceux-ci.

Dans un autre ordre d'idée, MM. Abelous et Langlois (5), cherchant si les capsules ne seraient pas chargées d'éliminer des substances toxiques charriées par le sang, ont extirpé ces organes à des grenouilles. Ils ont pu constater que l'extirpation d'une seule capsule n'amène pas d'accidents, mais que si on les extirpe l'une et l'autre, les grenouilles meurent avec des phénomènes paralytiques. Si on injecte le sang de la grenouille mourante à une autre privée de ses capsules, celle-ci meurt plus vite que si on l'abandonne à elle-même. L'inoculation dans le sac lymphatique d'une grenouille opérée, d'un fragment de capsule, ou l'injection intraveineuse d'extrait de capsule, retardent les accidents. Ils concluent donc en faveur de leur hypothèse.

Dans une communication ultérieure (1) ils ont fait la même expérience sur le cobaye, et ont observé une paralysie des nerfs moteurs du train postérieur et des nerfs respiratoires. Le sang de ces cobayes inoculés aux grenouilles amène des phénomènes paralytiques. D'après ces expériences les capsules auraient pour fonction de détruire ou de neutraliser les poisons curarisants formés dans l'organisme.

M. Brown Séquard (2), de son côté, a injecté du suc de trituration des capsules. Les expériences ont porté sur dix cobayes privés antérieurement de celles-ci, et qui reçurent *in extremis* par la voie hypodermique le suc capsulaire. Dans presque tous les cas la mort fut retardée d'une façon sensible.

Voilà tout ce que nous savons au sujet des capsules surrénales, en tant que glandes vasculaires sanguins, et la conclusion qu'on peut tirer pour l'instant de ces expériences est la suivante : ou bien les capsules sont chargées de détruire ou d'annihiler un poison curarisant, fabriqué dans l'organisme (Abelous et Langlois) ou elles élaborent des produits, repris par le sang et nécessaires à la constitution normale de ce liquide, ou à régularisation de phénomènes biologiques.

Malgré ces lacunes, provenant d'une connaissance encore insuffisante de la physiologie, la théorie glandulaire de la maladie d'Addison reste cependant une théorie.

III

Les faits qui vont suivre concernent l'hypothèse de l'ori-

(1) Voyez à ce sujet l'article de M. Bull déjà cité et l'article de M. D. Mollière. Capsule surrénale. *Dict. encycl.*, 3e série, T. III.
(2) *Revue de médecine*, 1891.
(3) *Bullet. della R. Accadem. di medicina di Roma*. Facs. IV, 1891. Analysé dans les *Annales de médecine*, 1892 p. 9.
(4) *Zeitsch f. Klinische medic.*, 1891.
(5) Soc. de biologie, nov. 1891.

(1) Soc. de biologie, 20 février 1892.
(2) Soc. de biolog., 14 mai 1892.

Le médecin en chef de l'hôpital du chef-lieu.

Le médecin de l'un des hôpitaux civils de l'intérieur, désigné chaque année par le préfet ;

Le chef de bureau de la préfecture chargé de l'assistance publique.

L'inspecteur des enfants assistés ;

Un médecin de colonisation désigné par ses confrères du département.

Le sous-chef de bureau de la préfecture chargé de l'assistance publique (remplira les fonctions de secrétaire.)

Dans le département d'Alger, le médecin en chef de l'hôpital civil du chef-lieu est remplacé par le plus ancien médecin traitant de l'hôpital civil de Mustapha.

Art. 11. — Les pouvoirs du médecin de colonisation sont renouvelés tous les trois ans.

Art. 12. — Les comités départementaux ont pour mission de veiller à l'exécution du présent règlement ; de proposer les améliorations dont il est susceptible ; de donner un avis sur les titres à l'avancement des médecins de colonisation au point de vue professionnel ; de fournir à l'Administration centrale les renseignements dont elle a besoin ; de centraliser, de vérifier, de contrôler les rapports trimestriels et annuels des médecins de colonisation ; de coordonner tous les documents relatifs au service médical et aux épidémies.

Les comités départementaux présentent chaque année au Gouverneur général un rapport sur l'ensemble du service ; ils lui signalent :

1° Les praticiens qui se distinguent particulièrement par leur dévouement à remplir les obligations attachées à leur charge ;

2° Les résultats du service d'assistance médicale.

Ce même rapport fait connaître, au point de vue administratif, le nombre des malades soignés, le nombre de visites faites, le nombre de consultations, le nombre de malades admis dans les hôpitaux, les guérisons constatées, les

gine nerveuse de la maladie. Je ferai remarquer en commençant que, sans prendre en aucune façon part pour l'une contre l'autre de ces théories, les faits où les capsules ont été trouvés saines, et le système nerveux sympathique altéré, ne prouvent pas radicalement contre la théorie glandulaire. L'inertie ou la déviation fonctionnelle d'une glande peut fort bien suivre une altération dynamique ou anatomique des nerfs qui s'y rendent à condition que le temps écoulé ne soit pas trop long et que les lésions dégénératives de celle-ci ne soient pas très développées.

Ceci dit, voyons les faits nouveaux apportés en faveur de la théorie dont M. Jaccoud, puis M. Lancereaux, se sont faits les brillants défenseurs.

Nous ne pouvons entrer dans les détails concernant le *mécanisme* suivant lequel on a expliqué la pathogénie du mal, nous nous bornerons à énumérer les autopsies dans lesquelles on a trouvé des altérations plus ou moins marquées du système nerveux abdominal. Je renvoie à ce que j'ai dit plus haut, concernant les observations anciennes recueillies par M. Jaccoud et par M. Ball (*l. c.*).

Rappelons ici cependant ce que nous avons dit plus haut en ce qui concerne la *nature* des lésions capsulaires — presque toujours tuberculeuse — le cancer est l'exception. Ajoutons également que l'atrophie des capsules et la stéatose sont, après la tuberculose les lésions les plus fréquentes, et les seules (Lancereaux). Or, si l'on se rappelle que la tuberculose des capsules a tendance à envahir les cordonss nerveux, et à infiltrer ceux-ci (*idem*) (contrairement au cancer), si l'on tient compte d'autre part, de la nature dégénérative des autres lésions capsulaires. steatose, atrophie, on peut se demander si l'on ne touche pas au but, et si les deux théories ne vont se confondre en une seule. Dans le premier cas, c'est la tuberculose des capsules qui commence, mais qui envahit secondairement les nerfs (Lancereaux).

Dans l'autre, au contraire, la lésion du sympathique est primitive, quel que soit le point intéressé, tronc ou ganglions, amenant la perturbation fonctionnelle de la glande surrénale et consécutivement des troubles de nutriton de celle-ci — stéatose, atrophie, quelquefois leur hypertrophie par paralysie vasomotrice.

Quoi qu'il en soit, les observations dans lesquelles les lésions nerveuses sont notées, à l'exclusion de celles des capsules, deviennent de plus en plus nombreuses.

Krœning et Jurgens (1) ont publié un cas d'un malade mort avec des symptômes addisoniens; à l'autopsie, on trouva un énorme anévrysme de l'aorte, s'étendant de la crosse au diaphragme, ayant amené par compression une dégénérescence des nerfs splanchniques. Les capsules surrénales étaient saines. Ces faits sont à rapprocher des altérations splanchniques qui ont été vues dans quatre cas, par Jurgens (2) et des lésions du même genre qu'il a observées chez un cinquième malade (3). Dans ce cas, il y avait des lésions du tissu conjonctif, des régions pancréatiques et stomacales, ayant déterminé une altération du tronc principal du plexus mésentérique; les deux splanchniques étaient altérés, et il existait une atrophie des cellules ganglionnaires du plexus solaire.

Kahlden (4) a fait les mêmes constatations chez deux malades, l'un de 54 ans, l'autre de 70 ans. Dans les deux cas, il y avait une transformation caséeuse des centres des capsules. Les ganglions sémilunaires étaient très altérés; les cellules nerveuses atrophiées; leur protoplasma granuleux, il existait une dégénérescence hyaline des vaisseaux, une infiltration nucléaire de leur tunique adventice; les nerfs splanchniques étaient épaissis.

Dans le même ordre de recherches se range le cas de Kalindero et Babis (5) qui trouvèrent des lésions médullaires, siégant par place dans les cordons antérieurs et postérieurs: épaississement de la névralgie, sclérose des vaisseaux, cellules étoilées et globes hyalins dans les espaces périvasculaires. Il y avait de la névrite des racines postérieures.

M. Lancereaux (6) a publié 3 observations avec autopsie, 2 concernent des malades ayant offert des symptômes de maladie d'Addison avec mélanodermie. Le troisième sans mélanodermie.

(1) *Berlin, Klin. Wochens.* juin 1885.
(2) Dont deux dans le *Berl. Klinisch. Woch.*, avril 1892.
(3) *Arch. f. path., anas. u. phys.*, 1889.
(4) *Berlin Klin. Woch.*, 1808.
(5) Acad. de méd., 1889.
(6) *Arch. gén. de méd.*, 1860.

---

maladies incurables, les décès, les terminaisons inconnues; ces renseignements sont réunis dans un tableau dressé d'après un modèle déterminé.

Au point de vue scientifique :

1° Les affections chirurgicales;
2° Les affections médicales;
3° Les conséquences des maladies;
4° Les opérations faites;
5° Les accouchements pratiqués;
6° Le relevé par commune, des maladies épidémiques observées pendant l'année;
7° Les faits cliniques;
8° Les faits relatifs à l'hygiène.

TITRE IV.

Médecins de colonisation. — Leur nomination. — Leurs fonctions. — Leur traitement. — Indemnités. — Avancement. — Récompenses. — Retraites.

Art 13. — Les médecins de colonisation sont nommés par arrêté du Gouverneur général, sur la proposition des préfets, parmi les docteur en médecine.

Ils ne peuvent être admis dans les cadres du personnel après l'âge de 35 ans accomplis. Néanmoins ceux qui justifieront de cinq ans de service dans les armées de terre ou de mer pourront être admis jusqu'à l'âge de 40 ans révolus.

Les candidats doivent adresser leur demande au Gouverneur général, en l'appuyant d'un diplôme, d'un extrait de leur acte de naissance, d'un extrait de leur casier judiciaire, d'un état de leurs services antérieurs ou de leurs travaux scientifiques et de toutes autres pièces propres à faire apprécier leur candidature.

Art. 14. — A défaut de candidats réunissant les conditions prévues par l'article précédent, les docteurs en médecine ayant dépassé la limite d'âge et les officiers de santé pourront être employés dans le service médical, mais seulement à titre auxiliaire.

Dans l'observation I, les capsules sont tuberculeuses et le ganglion semilunaire gauche se trouve en partie compris dans la coque enflammée de la capsule, au microscope il est infiltré d'éléments tuberculeux.

Dans l'observation II, si nette sur le système nerveux, une seule capsule est prise.

Dans l'observation III, il y a de la tuberculose des deux capsules; les ganglions semilunaires sont intacts, mais les nerfs capsulaires *semblent* (?) dégénérés.

Les lésions capsulaires ayant existé aussi bien avec la mélanodermie que sans elle, M. Lancereaux conclut que celle-ci est plutôt « due à un degré plus ou moins avancé de lésions nerveuses ou à une localisation sur certains nerfs » et faisant remarquer l'analogie entre les symptômes addisoniens et la péritonite, l'étranglement intestinal, il ajoute que la lésion nerveuse doit être plutôt *irritative que dégénérative*.

Déjà en 1888, Jurgens (1) avait trouvé 21 cas étudiés et par lui, une dégénération grise des nerfs splanchniques, quel que fût l'état des capsules la question a été reprise et traitée à fond par MM. Alezais et Arnaud (2).

Laissant de côté leurs recherches sur l'anatomie pathologique proprement dite de la tuberculose capsulaire, voyons à quelles conclusions les ont conduits leurs travaux.

Ils ont commencé par établir que sur 20 tuberculeux pris au hasard et étudiés par eux, 5 ont des altérations capsulaires tuberculeuses et sur ceux-ci 3 seulement avec des symptômes addisoniens. Sur les 15 autres, on relève 2 fois de l'hyperhémie, 3 fois de la stéatose.

Ce point établi, établie d'autre part la rareté des observations de maladie d'Addison, sans lésions des capsules (Greenhow, Jurgens) ils ont cherché à démontrer que les symptômes addisoniens dépendaient non pas des lésions glandulaires proprement dites, mais de leur localisation spéciale, et de celles qui atteignent les éléments nerveux capsulaires. Ils ont décrit, en effet, sur le pourtour de la capsule surrénale immédiatement appliqués à la surface externe de l'enveloppe fibreuse, quelquefois même dans l'épaisseur de celle-ci, un certain nombres de ganglions nerveux sympathiques. C'est l'altération de ceux-ci qui est la lésion capitale dans la maladie d'Addison. On comprend dès lors pourquoi, d'une part, la lésion capsulaire n'est pas absolument nécessaire, et pourquoi d'autre part avec les symptômes addisoniens, on peut constater une intégrité complète du sympathique abdominal.

Voilà pourquoi, aussi, ils insistent sur l'importance des lésions de la zone fibro-vasculaire qui entoure la capsule, car il y a un rapport étroit entre les vaisseaux de la périphérie et les ganglions nerveux de la capsule et sur les adhérences des capsules dégénérées aux organes voisins, ainsi que sur l'épaississement périphérique des capsules, puisque dans ces cas les lésions ont surtout pour siège le lieu d'élection des ganglions nerveux péricapsulaires.

L'hypothèse de MM. Alezais et Arnaud repose sur sept observations de tuberculose capsulaire, parmi lesquelles on en trouve quatre où sont notés des symptômes addisoniens. On retrouve dans celle ci les lésions suivantes :

— *A : Observations avec mélanodermie et symptômes addisoniens :*

1. — Tuberculose des ganglions nerveux capsulaires : intégrité du splanchnique et des ganglions semilunaires.

2. — Tuberculose des capsules : la gauche semble comprimer un peu le grand sympathique gauche.

3. — Capsule gauche saine. Noyau tuberculeux de la capsule droite, dégénérescence des ganglions nerveux capsulaires; les nerfs splanchniques et les ganglions semilunaires sont sains.

7. — Lésions très étendues des capsules et de la zone péricapsulaire.

— *B. Observations sans mélanodermie ni symptômes addisoniens.*

4. — Tuberculose des deux capsules, mais intégrité des ganglions péricapsulaires.

5. — Capsule droite tuberculeuse; infiltration au début de la capsule gauche au centre. Intégrité des espaces vasculo-nerveux péricapsulaires.

(1) Soc. de méd. intern. de Berlin.
(2) *Revue de médecine*, 1891.

Est toutefois maintenue l'exception faite en faveur des officiers de santé nommés antérieurement à l'arrêté du 5 avril 1878.

Le titre de médecin de colonisation auxilliaire conféré aux officiers de santé ne leur donne aucun droit professionnel en dehors de la législation médicale, au point de vue des opérations à pratiquer.

Art. 15. — Les médecins de colonisation sont tenus de résider dans le chef-lieu de leur circonscription, à moins que l'Administration ne leur assigne une autre résidence dans l'intérêt du service.

Art. 16. — Le médecin de colonisation traite gratuitement les malades inscrits sur la liste dont il est parlé à l'article 5. Il doit également dans sa circonscription des soins aux personnes étrangères victimes d'un accident grave et subit, et il constate les décès qui surviennent dans le lieu de sa résidence. Il pourra être chargé, si une commune le demande, de la visite des filles soumises dans sa circonscription ; il recevra pour ce service une indemnité à la charge de la commune.

Les frais de visites des enfants assistés malades placés dans la circonscription, sont remboursés par les départements, aux taux fixés par les Conseils généraux.

Art. 17. — Conformément à l'article 14 du décret du 19 janvier 1811, le médecin se fait représenter au moins deux fois par an les enfants assistés placés dans sa circonscription, afin de s'assurer des conditions dans lesquelles ils se trouvent et de leur état de santé.

Il rend compte au préfet du résultat de ses visites.

Art. 18. — Le médecin de colonisation ne sera tenu obligatoirement de donner des soins aux femmes en couches qu'à défaut de sages-femmes et dans les cas exceptionnels où la sage-femme déclarerait ne pouvoir ou ne devoir pas terminer l'accouchement.

Art. 19. — Il doit visiter également au moins une fois par semaine les diverses centres de population de sa circonscrip-

6. — Début d'un noyau tuberculeux dans la capsule surrénale droite.

Ainsi qu'on le voit, avec eux, la question de pathogénie se resserre. Il ne s'agit plus d'une lésion plus ou moins vague du sympathique abdominal, mais d'une altération localisée d'un système ganglionnaire spécial.

A côté des observations précédentes, on peut ranger celles de Dixon-Mann (1) qui, dans 2 cas, chez de jeunes sujets, l'un de 15, l'autre de 19 ans, atteints de maladie d'Addison, trouva à l'autopsie les capsules surrénales tuberculeuses, avec une intégrité complète des ganglions semilunaires et du sympathique. Si l'on rapproche ces observations de celles de Hale White qui 24 fois sur 33 autopsies trouve des lésions des ganglions semilunaires sans syndrome addisonien, on verra que de celles ci sont insuffisantes en l'état actuel de nos connaissances, pour expliquer la maladie.

Cependant cette influence doit exister, puisqu'on connaît des cas de maladie d'Addison avec intégrité des capsules surrénales. Tel serait le cas que M. Raymond a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (2). Mais ce rapport n'est pas aussi simple qu'il paraît au premier abord; en réalité, cette observation renferme des détails d'autopsie complexe : « Les ganglions du médiastin postérieur hypertrophié étaient en rapport assez intimes avec le tronc du sympathique... Les masses ganglionnaires se continuent dans l'abdomen..., elle avait écarté du rein sous-jacent, puis refoulé en haut, la capsule surrénale droite..., les capsules étaient congestionnées, les capillaires, dilatés, contenaient de nombreux leucocytes... Le ganglion semilunaire droit était adhérent à la masse ganglionnaire; il était atrophié, scléreux; les cellules nerveuses étaient pigmentées, raréfiées, creusées de vacuoles; quelques-unes étaient atrophiées. »

Plus curieuse et plus intéressante encore est l'observation publiée par MM. Brault et Perruchet (3), d'un jeune homme de 27 ans et qui succomba à l'hôpital Tenon à une maladie d'Addison.

Dans celle-ci, les capsules sont saines à l'œil nu et au microscope; il en est de même de la zone nerveuse de MM. Alezais et Arnaud. Mais le ganglion semilunaire droit est accolé à une petite masse tuberculeuse et paraît altéré, sans que les auteurs aient pu se prononcer sur le degré de cette altération.

En résumé, si on cherche à l'heure actuelle à se faire une idée de la lésion pathogénique de la maladie d'Addison, on est bien forcé d'admettre que la lésion des capsules — lésion anatomique des masses — n'est pas constante. Et si, d'autre part, on se rapporte aux observations dans lesquelles le système nerveux est intact et les glandes malades, on est bien forcé d'admettre que celles-ci jouent un rôle dans la maladie. Quel est ce rôle? Nous n'en savons encore que peu de chose, et la physiologie expérimentale n'a fait encore qu'effleurer ce sujet, dont on ne peut nier cependant l'importance. Force donc est de tenir compte des lésions trouvées à l'autopsie, et, considérant la nature nerveuse et glandulaire des capsules, leur rapport avec le sympathique abdominal, concevoir une origine complexe à la maladie d'Addison, et entrevoir à côté d'eux le rôle important du système nerveux dans l'apparition des symptômes, celui de la partie glandulaire proprement dite des capsules.

De telle façon que la maladie d'Addison pourrait avoir son origine :

1° Dans une altération complexe de la capsule — glande et nerfs — comprenant la tuberculose de celle-ci, y compris les lésions décrites par MM. Alezais et Arnaud. — Exceptionnellement le cancer;

2° Dans une altération du sympathique abdominal — ganglions semilunaires, splanchniques, tronc du sympathique. — Les lésions nerveuses devront être recherchées avec soin dans les cas où on a trouvé les capsules adipeuses ou atrophiées, ou hypertrophiées. Les lésions cellulaires des capsules devront être inversement cherchées dans les cas d'altérations nerveuses sans lésion apparente de celle-ci;

3° Dans une altération de la moelle, tenant alors vraisemblablement sous sa dépendance les origines ou les

(1) *Virchow's Archiv*. Bd 125, Ht 1, 6 juillet 1891.
(2) Soc. méd. des hôp., 11 nov. 1892.
(3) *Semaine médic.*, 8 juin 1892.

tion. Les jours de visite sont déterminés par le préfet d'après les propositions du médecin.

Néanmoins, en cas d'accident grave, le médecin devra toujours se transporter sur les lieux à la réquisition du maire.

Il devra également déférer à toutes les réquisitions qui lui seront adressées par les officiers de police judiciaire pour des constatations médicales relatives à des crimes ou délits.

Art. 20. — Tout médecin de colonisation donnera deux fois par semaine, à son domicile ou dans une salle de la mairie réservée à cet effet, des consultatations dont le jour et l'heure sont déterminés par le préfet, le médecin préalablement entendu.

Ces indications seront affichées d'une manière apparente à la porte du domicile du médecin.

Les familles inscrites sur les feuilles de secours gratuits sont seules admises sans rétributions à ces consultations.

Art. 21. — Lorsque, dans une localité, le nombre des malades excède la proportion ordinaire, le médecin, prévenu officiellement, se transporte sans retard dans cette localité pour rechercher la nature et les causes du mal, conseiller les mesures générales à prendre relativement à l'hygiène publique et privée et donner ses soins aux malades.

Il adresse immédiatement un rapport au préfet et le tient au courant des faits importants.

Art. 22. — En cas d'épidémie grave, un médecin, ou un interne des hôpitaux civils pourvu du titre d'officier de santé, pourra être adjoint au médecin titulaire de la circonscription pour assurer avec lui et sous sa direction l'exécution du service.

Art. 23. — Une fois par mois, et à un jour fixé de concert avec le maire, le médecin se rend dans les écoles publiques, afin de constater les conditions hygiéniques de ces établissements et de s'assurer que les enfants qui s'y trouvent ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse (ophthalmies granuleuses, teigne, gale, etc.) et qu'ils ont été vaccinés ou qu'ils ont eu la petite vérole.

points de passage des filets nerveux se rendant au sympathique abdominal et de là aux capsules surrénales.

LA FILAIRE DES BOUTONS HÉMORRAGIQUES OBSERVÉE CHEZ L'ANE; DÉCOUVERTE DU MALE

Par MM. Railliet et Moussu.

(Suite et fin) (1)

Le mâle est long de 28 millimètres, large dans son milieu de 0mm,260 à 0mm,280. Immédiatement en arrière du cône céphalique, il présente son maximum de diamètre, qu'il conserve jusque vers les deux tiers de sa longueur; il s'atténue alors graduellement et n'a plus que 75 à 80 μ au niveau de l'orifice cloacal. Son extrémité postérieure et largement arrondie. Il possède un seul tube testiculaire à peine sinueux qui se termine en arrière par un canal déférent venant déboucher, en commun avec le rectum, dans un vaste cloaque, dont le centre est situé à environ 60 μ de l'extrémité caudale. Par cet orifice font saillie en même temps deux spicules très différents par leur aspect et par leurs dimensions : l'un d'eux est, en effet, grêle et allongé, terminé en pointe fine; il mesure 680 à 750 μ de long, sur une largeur et 12 μ à la base et de 8 μ vers le milieu de la longueur; l'autre est épais et court, arrondi à son extrémité; il mesure 130 à 140 μ de long, sur 17 μ de large à la base de 14 μ à peu de distance du sommet. En outre, l'extrêmité caudale est pourvue de papilles, qui nous ont paru présenter la disposition suivante : d'abord, de chaque côté, et en arrière du cloaque, trois petites papilles simples assez rapprochées de la ligne médiane, puis, d'autres plus latérales, plus développées, ailées ou vésiculeuses. Nous décrirons celles-ci d'arrière en avant. A gauche : n° 1 isolée; 2 et 3 réunies; 4 isolée; ces quatre papilles forment un même groupe, et le cloaque s'ouvre au niveau du n° 2; un peu plus en avant 5 et 6 plus rapprochées de la ligne médiane; 7 latérale, 8 latérale et relativement faible. A droite, 1, 2 et 3 réunies, 4 isolée; 5, 6, 7 et 8 comme à gauche; une dernière très petite, reportée à une assez grande distance des précédentes.

La femelle est longue de 40 à 56 millimètres, large dans son milieu de 0mm,420 à 0mm,440; elle est à peu près également atténuée en avant et en arrière. Son extrémité caudale est plus largement arrondie encore quecelle du mâle. Elle possède deux ovaires, qui se replient un certain nombre de fois autour de l'intestin et se dilatent en deux oviductes et utérus, lesquels se réunissent en un canal commun qui se dirige en avant, puis se rétrécit pour former un vagin aboutissant à la vulve, orifice saillant au voisinage de la bouche, sur le cône céphalique. Les tubes génitaux renferment des œufs à tous les stades de l'évolution; on trouve en définitive, dans les utérus, des œufs à coque très mince et très souple, contenant un embryon enroulé en cercle ou plus rarement en 8. Ces œufs mesurent 52 à 58 μ de long sur 24 à 33 μ de large; leur coque présente du reste un aspect variable, suivant les mouvements de l'embryon.

La fécondation a lieu vraisemblablement sur place, c'est-à-dire dans le tissu conjonctif.

Lorsqu'on maintient les femelles dans le sérum, elles continuent à y vivre, même lorsqu'elles ne se trouvent qu'à l'état de fragments, pendant deux et trois jours; au bout de ce temps, elles effectuent encore, à la température ordinaire, des mouvements manifestes. On constate en outre qu'une partie des œufs embryonnés renfermés dans les utérus sont éclos, et que les embryons libres s'agitent à l'intérieur de ces tubes. Ces embryons sont longs de 220 à 230 μ, larges au maximum de 9 à 11 μ; ils ont la tête assez épaisse, tronquée, suivie d'une partie un peu plus mince; le corps se renfle ensuite pour atteindre son diamètre maximum vers le milieu de la longueur, puis il s'atténue graduellement en arrière, où il se termine par une partie légèrement coudée aboutissant à une pointe caudale mousse.

Nous avons rencontré plusieurs fois ces embryons parmi les fragments de tissu conjonctif détachés avec le corps des femelles; mais il nous serait impossible de décider s'ils avaient été mis en liberté par une ponte normale ou par la déchirure des tissus du ver.

Si l'on extrait des utérus les œufs embryonnés, et qu'on les place dans l'eau, ils n'y éclosent pas, et ne tardent pas

(1) Voir le numéro précédent.

Les enfants atteints de maladie contagieuse sont provisoirement rendus à leur famille et ne peuvent revenir dans les écoles qu'après guérison complète.

Art. 24. — Les médecins de colonisation adresseront tous les trois mois au préfet un rapport sur leur service.

Ce rapport indiquera :

1° La date des tournées, le nom des localités visitées, le nombre des malades traités à domicile; celui des malades envoyés dans les hôpitaux, le nombre des visites gratuites faites dans chaque localité en dehors des tournées obligatoires;

2° Le nombre des malades admis à la consultation et celui des malades étrangers à la circonscription envoyés à l'hôpital par suite de la consultation;

3° Les décès survenus dans la circonscription;

4° Enfin tous les faits intéressant la santé publique qui se sont produits dans le courant du trimestre écoulé.

Art. 25. — Dans le courant du mois de janvier de chaque année, les médecins de colonisation doivent faire parvenir au préfet, par l'intermédiaire des sous-préfets, tous les documents relatifs à l'exercice de leurs fonctions, savoir :

1° Sur des cadres imprimés fournis par l'Administration, la liste nominative des habitants de la circonscription qu'ils ont été appelés à soigner gratuitement. Cette liste est accompagnée des détails relatifs aux maladies traitées, énoncées d'après un plan uniforme;

2° La statistique relative au nombre et à la nature des maladies, établie suivant un modèle déterminé;

3° Les observations générales faites sur la salubrité, l'hygiène, la qualité des eaux dans les diverses localités et sur tous les faits de nature à intéresser la santé publique;

4° Les remarques scientifiques que leur a suggérées l'état de la circonscription au point de vue médical.

Art. 26. — Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de leur clientèle payante, se composent d'un traitement fixe, à la charge de l'Etat, d'une indemnité de logement de 500 francs au minimum ou du logement en nature, à

à s'altérer. Il semble donc que l'éclosion doive s'effectuer dans le corps même de la femelle, quoiqu'on trouve des œufs embryonnés dans l'utérus commun, à l'origine même du vagin.

Il était intéressant de connaître le degré de résistance des embryons à la dessiccation. Nous avons essayé une dessiccation en quinze minutes : aucun d'eux n'a repris son activité. Il en a été de même au bout d'une minute seulement.

On peut conclure de là que ces embryons doivent passer directement dans un milieu humide ; encore ne doivent ils pas y séjourner longtemps, car ils s'altèrent assez vite dans l'eau.

Au sujet de l'évolution de la filaire, nous sommes donc encore réduits à des hypothèses, mais la voie des recherches à poursuivre nous semble pourtant commencer à se dégager.

Bien que nous n'ayons jamais trouvé, pas plus d'ailleurs que Condamine et Drouilly, d'œufs et d'embryons dans le sang recueilli à la surface des boutons hémorragiques, nous ne voyons guère d'autre raison à ces perforations cutanées périodiques que la nécessité pour les femelles d'amener leur progéniture à l'extérieur. On n'a jamais trouvé, en effet, que des femelles au niveau des boutons, et ces femelles se déplacent dans le tissu conjonctif sous cutané pour perforer le tégument de place en place dans l'espace de quelques jours. D'autre part, la situation de la vulve au voisinage de la bouche est très favorable à cette supposition d'une ponte s'effectuant à l'extérieur. — Il serait donc utile de répéter les examens du sang des boutons, et surtout, ce qui est assez difficile, d'en recueillir les premières gouttes.

Un autre point qui doit appeler l'attention pour les recherches ultérieures, c'est ce fait que l'hémorragie cutanée parasitaire est une affection saisonnière. Si, en effet, la filaire vient réellement pondre à la surface du corps, il est probable que les œufs ou les embryons qu'elle rejette passent dans un hôte intermédiaire, comme chez la plupart des filaridés. Or, étant donné le peu de résistance des embryons à la dessiccation, il faut admettre que cet hôte intermédiaire doit ingérer les embryons aussitôt après leur expulsion, et nous pensons que les helminthologistes russes ou hongrois devraient expérimenter à cet égard sur les mouches à trompe molle, qui, pendant la belle saison, sucent les produits liquides déposés à la surface de la peau.

En résumé, la présente note établit :

1° Que la filaire hémorragique peut se développer chez l'âne comme chez le cheval.

2° Qu'elle habite le tissu conjonctif sous-cutané et même le tissu conjonctif intermusculaire ou interfasciculaire.

3° Que le mâle, jusqu'à présent inconnu, se rencontre dans le même habitat que les femelles.

2° Que les embryons sont incapables de résister à la moindre dessiccation.

5° Que les adultes semblent pouvoir pénétrer dans la profondeur des tissus jusqu'à la moelle épinière.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE

(Suite et fin) (1).

II. — SUR L'ACTION TOXIQUE DU TABAC, par le Dr W. C. CHAPMANN. (*The medical and surgical Report*, t. LXV, 1891 n° 17.)

III. — CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'EXALGINE, LE CHANVRE INDIEN, L'ARSENIC ET LE CAMPHRE, par le Dr PRENTISS. (*Therapeutic Gazette*, 5 février 1892.)

IV. — DEUX CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA PHYSOSTIGMINE, par le Dr LEIBOLZ. (*Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin*, t. III, fasc. 2, p. 92.)

V. — EMPOISONNEMENT MORTEL PAR LA BENZINE, par le Dr FALK. (*Eodem loco.*)

II. — La présence de la nicotine dans l'organisme, chez les ouvriers employés au maniement du tabac, se trahit ordinairement, pendant le premier et le second jour, par des vomissements violents, des éructations, de la diarrhée, souvent aussi par des accidents de collapsus. Puis l'organisme s'habitue peu à peu au poison. D'autres fois cependant la tolérance n'est qu'apparente; les symptômes mentionnés ci-dessus se mani-

(1) Voir le numéro précédent.

---

la charge des communes de la circonscription, et, éventuellement, d'indemnités relatives à la surveillance des enfants du premier âge, établies par la loi du 23 septembre 1874 ; des honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades ; des rétributions du département pour les vaccinations réussies ; enfin de l'indemnité accordée par la connaissance de la langue arabe.

Art. 27. — Les médecins de colonisation sont répartis en cinq classes, qui correspondent aux traitements suivants :

1re classe	5.000 fr.
2e —	4.500 —
3e —	4.000 —
4e —	3.500 —
5e —	3.000 —

Art. 28. — La proportion dans chaque classe est fixée comme suit :

1re classe	1/10e de l'effectif
2e —	2/10es —
3e —	2/10es de l'effectif.
4e —	3/10es —
5e —	2/10es —

L'avancement ne peut être obtenu qu'après deux ans au moins passés dans la classe immédiatement inférieure.

Les officiers de santé en exercice avant le 5 avril 1878 doivent servir au moins trois ans dans une classe pour pouvoir être nommés à la classe supérieure, et ils ne peuvent, en aucun cas, dépasser le traitement de 4.000 francs.

Art. 29. — Sur la proposition du préfet, le comité départemental entendu, un avancement exceptionnel sera accordé, à titre de récompense, aux médecins de colonisation qui se seront distingués pendant les épidémies, sans préjudice des récompenses honorifiques qui leur seraient attribuées.

Art. 30. — Les dispositions de l'arrêté ministériel des 8 mars, 3 avril 1854 sur les congés des fonctionnaires sont applicables aux médecins de colonisation.

festent avec moins de violence et plus de lenteur et se compliquent d'un amaigrissement progressif. M. Chapman a publié trois exemples de ce genre d'empoisonnement chronique par le tabac.

Le premier concerne un garçon de 10 ans, employé dans une fabrique de tabac, qui souffrait de violentes douleurs abdominales, localisées principalement au pourtour du nombril. Température 38°, pouls 108, petit et irrégulier. Mouvements respiratoires courts et superficiels, entrecoupés de profonds soupirs. Langue saburrhale et rouge sur les bords. L'enfant n'était pas allé à la selle depuis plusieurs jours; le ventre était rétracté. Le malade répandait l'odeur du tabac. On le traita par la morphine, l'atropine, les lavements et les bains, sans grand résultat. Au bout de quatre semaines environ le malade était rétabli. On lui a interdit de reprendre ses premières occupations.

Un second cas concerne une fillette de 12 ans, également employée dans une fabrique de tabac, et qui a présenté les mêmes symptômes que ceux dont il vient d'être question. Elle a succombé après dix jours de souffrances. L'autopsie a été refusée.

Enfin, dans la troisième observation, il est question d'un garçon de neuf ans, employé dans une fabrique de tabac, et qui présentait pour la seconde fois des accidents en rapport avec un empoisonnement par la nicotine. On le traita par les préparations ferrugineuses, la quinine et la strychnine; le malade, qui était très amaigri, s'est rétabli rapidement. Ce malade, comme le premier, a souffert d'une névralgie du trijumeau pendant la période de convalescence.

Chapmann fait remarquer que l'amaigrissement est une des manifestations les plus fréquentes de l'empoisonnement par le tabac. Il serait dû, d'après Buchkin, à ce que sous l'influence du tabac la sécrétion du suc gastrique diminue, en même temps qu'augmentent les mouvements péristaltiques de l'estomac. Par suite les aliments passent indigérés dans le jéjunum, d'où l'émaciation.

D'après Chapmann ce n'est pas la nicotine, mais la nicotianine, qui ne se rencontre que dans les feuilles sèches de tabac, qui serait la cause de ces accidents toxiques.

III. — Par suite d'une erreur un pharmacien avait délivré à un malade âgé de 25 ans, des paquets d'exalgine de 40 centigrammes, alors que le médecin avait formulé 10 centigr. Le malade absorba quatre de ces paquets en l'espace de deux heures. Il ne tarda pas à tomber dans un état de profond collapsus, avec sueurs froides et accélération du pouls (160 à 180 pulsations). Sous l'influence des excitants le malade s'est rétabli.

Prentiss relate ensuite l'observation d'un homme de 34 ans, qui ayant absorbé cinq gouttes de teinture de chanvre indien, vint en proie à des accès de manie aiguë avec hallucinations. Au bout de quatre heures il tomba dans un profond sommeil; au réveil il était rétabli.

Une dame s'était introduit dans l'oreille une pâte à l'arsenic et à la créosote. M. Prentiss, qui la vit quatre jours après, constata qu'elle avait le tégument du conduit auditif externe et une partie du pavillon complètement escharifiés. Elle éprouvait de violentes douleurs névralgiques dans la moitié correspondante de la face, qui était complètement paralysée. Adynamie croissante, avec accélération du pouls. La malade a succombé six semaines après l'empoisonnement. Son autopsie n'a pas été faite.

Enfin Prentiss parle d'une jeune fille de 15 ans, à qui on avait prescrit des pilules de camphre de 30 centigrammes chaque, à prendre une pilule toutes les deux heures. Après la troisième prise la jeune fille vint en proie aux convulsions et aux vomissements. Les matières vomies répandaient une forte odeur de camphre. L'aventure n'a pas eu de suites fâcheuses.

IV. — Deux jeunes filles âgées l'une de 24 et l'autre de 18 ans avaient absorbé, dans un but de suicide, 10 centigramm. de physostigmine dissoute dans un bol d'eau. Une demi-heure plus tard elles étaient prises de nausées, et on les trouva dans un état d'inertie complète. Puis elles se sont mises à vomir des aliments indigérés. M. Leibholz a vu les deux malades deux heures après l'ingestion du toxique; elles avaient la figure congestionnée; elles se plaignaient de violentes douleurs d'estomac et de ventre. Les pupilles étaient dilatées au maximum et ne réagissaient plus à la lumière. Le pouls était plein, tendu, battant 60 à la minute. La respiration était accélérée, superficielle, stertoreuse. Les vomissements continuaient.

M. Leibholz crut à un empoisonnement par des saucisses altérées. Il prescrivit le transport des malades à l'hôpital, où

Ces praticiens seront remplacés pendant leur absence par un médecin ou un interne des hôpitaux pourvu du grade d'officier de santé.

Art. 31. — Les dispositions de l'arrêté du 5 avril 1878, qui ont rendu applicable aux médecins titulaires de colonisation, à partir du 1er avril 1878, la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, sont confirmées.

Art. 32. — Tout médecin de colonisation dont les services ou la conduite laisserait à désirer sera invité à présenter des observations par écrit.

Les peines disciplinaires suivantes peuvent être infligées, suivant la nature et la gravité des faits reprochés :

Le *blâme motivé*, prononcé par le préfet;

Le *blâme motivé, avec suspension de traitement* ne pouvant excéder un mois, prononcé par le gouverneur Général;

La *révocation*, prononcée par le Gouverneur général, après avis du Comité départemental d'assistance médicale.

TITRE V.

Service pharmaceutique. — Remboursement du prix des médicaments.

Art. 33. — Dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, le médecin de colonisation est tenu d'avoir un approvisionnement des médicaments dont la nomenclature est déterminée par les comités.

Ces médicaments sont fournis au médecin par les hôpitaux civils, au prix des marchés en cours. Les médecins les délivrent aux habitants au prix de cession, augmenté de 15 0/0.

Les livraisons faites aux personnes inscrites sur la liste d'admission aux secours médicaux gratuits sont constatées par un bon détaché d'un registre à souche, et remboursées trimestriellement par les communes.

Celles faites aux enfants assistés sont à la charge des département.

Les médicaments délivrés aux passagers qui n'ont pas le

toutes deux se sont rétablies, après avoir fait l'aveu de leur faute.

A propos de ces deux cas l'auteur fait ressortir les points suivants :

1° La bénignité relative des accidents, en regard de la dose énorme de physostigmine absorbée, bénignité qui s'expliquait en partie par la forte dilution du poison et la réplétion de l'estomac;

2° La dilatation au maximum et le défaut de réaction des pupilles, qui contrastaient avec l'effet myosique habituel produit par la physostigmine;

3° L'absence d'évacuations diarrhéiques, telles qu'on les observe habituellement chez les animaux empoisonnés par l'ésérine, évacuations diarrhéiques qui étaient remplacées par des coliques et par des douleurs abdominales.

Les expériences faites sur des animaux, avec un autre paquet de physostigmine de même dose et de même provenance, ont donné les réactions caractéristiques de ce poison.

V. — Un enfant de 2 ans avait avalé par mégarde une gorgée de benzine; il fit une contorsion avec les yeux et expira au bout de dix minutes.

En faisant l'autopsie de cet enfant, M. Falk fut frappé des progrès de la décomposition cadavérique du tégument externe et de l'odeur de putréfaction que dégageait le cadavre. A l'ouverture du ventre, légère odeur de benzine.

La présence de la benzine a pu être constatée dans le contenu de l'estomac, mais non dans le contenu intestinal.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'ÉNUCLÉATION DANS LE TRAITEMENT DU GOITRE, par le Dr Aug. REVERDIN, professeur à la Faculté de médecine de Genève. — Paris, Alcan, édit. In-8, 48 p., avec figures dans le texte et 8 planches en phototypie hors texte.

Le professeur Aug. Reverdin n'est certes pas un chirurgien banal. Très habile, il est encore de ceux qui ne croient pas servir la science en fermant la porte aux innovations bienfaisantes. Refaire le chemin tracé par leurs devanciers, cela était congruent aux médecins de Molière; aujourd'hui, en dépit des concours qui continuent les traditions du XVIIe siècle, la vieille terre classique est stérilisée par des aspirations nouvelles; le respect de l'inconnu ne germe plus à sa surface, sa végétation conventionnelle ne nourrit plus les chercheurs.

Son abandon est légitimé par le souci qu'elle a de protéger les ignorances héréditaires. Pendant des siècles, les problèmes du cancer et du goitre l'ont laissée inattentive, et à cette heure encore nous ne connaissons pas la nature de ces deux maladies. Une consolation nous reste pour la seconde: si sa cause nous échappe, au moins constatons-nous ses effets. Le goitre enlevé, le malade est guéri.

Voyez les magnifiques planches que M. le professeur Aug. Reverdin a annexée, à son mémoire: d'abord des cous ressemblant à des mamelles, puis, l'opération faite, la difformité évanouie, la cicatrice peu apparente dessinant une ligne très mince, et avec cela, sur quelques figures, un air de satisfaction, le sourire de l'opéré reconnaissant.

Non pas que M. le professeur Aug. Reverdin soit le chirurgien intransigeant quand même; il admet volontiers des compromissions avec un traitement dont le bistouri ne fait pas tous les frais. Il prescrit des pilules d'iodoforme aux doses de 20 centigr. par jour et s'en trouve bien. Pas toujours, il est vrai; mais il se console de ses échecs en pratiquant l'énucléation de la tumeur. Au moins ne risque-t-il pas, comme avec l'extirpation totale, de doter ses goitreux d'un myxœdème opératoire, cette complication à laquelle le nom des Reverdin reste attaché. La technique de l'énucléation, opération dont l'auteur du mémoire et le professeur J. Reverdin avaient signalé la possibilité dès 1883 — tout cela est écrit d'une langue serrée, à reflets métalliques comme l'acier des instruments. La relation de 18 observations personnelles précise les incidents opératoires. Nous sommes heureux d'avoir pu dire le bien que nous pensions de ce mémoire, qui est remarquable à tous égards.

FIESSINGER.

domicile de secours sont remboursés par le budget de l'Assistance publique.

Art. 34. — Les bandages herniaires, bas lacés, etc., etc., sont fournis par les hôpitaux ou par des bandagistes spéciaux, sur des bons des médecins de colonisation visés par les maires.

Sont exclues de ces fournitures les personnes n'ayant pas leur domicile de secours dans la commune.

TITRE VII.

Dispositions générales.

Art. 35. — Les médecins communaux seront invités à établir, à la diligence des maires, les rapports et états statistiques dont la production est exigée du service colonial par l'article 25.

Ces rapports, adressés aux comités départementaux, servent à établir annuellement la statistique médicale de l'Algérie.

Art. 36. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures sur le service médical de colonisation, en ce qu'elles ont de contraire au présent décret.

Fait à Paris, le 23 mars 1883.

JULES GRÉVY.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du ver solitaire

M. W. H. Stroup regarde le chloroforme comme l'un des meilleurs vermifuges. Il l'ordonne à la dose de 50 centigrammes dans un véhicule quelconque approprié, et en fait suivre l'administration, une demi-heure après, par la mixture suivante :

Huile de tiglium....	ââ 4 gouttes
Huile de ricin.....	
Glycérine........	16 grammes
Eau distillée......	64 —

Deux cuillerées à café toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion du ver.

(*Med. Record, New-York*, 20 février 1892.)

Crayons utérins.

M. Hirigoyen se sert avec de très heureux résultats, à la

consultation gratuite de gynécologie de l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), des crayons à l'icthyol et au sublimé dont voici la formule.

Icthyol	20 centigrammes.	
Sublimé	1	
Talc		
Gomme adragante		Q. S
Glycérine		
Eau		

Ces crayons sont souples, ne cassent pas et pénètrent très aisément dans la cavité utérine. Ils décongestionnent les organes et les rendent antiseptiques. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 26, 26 juin 1892.)

Traitement de l'expiration à odeur alliacée symptomatique des paralysies du larynx, par M. Fauvel.

M. Fauvel indique l'expiration à odeur alliacée comme caractéristique des paralysies laryngées. Il conseille contre elle des inhalations faites deux fois par jour pendant cinq minutes chaque fois, avec un pulvérisateur à vapeur chargé du liquide suivant :

Eau distillée	500 grammes.
Eau de laurier-cerisé	50
Acide phénique	0,50
ou Acide thymique	2

En outre, sauf dans le cas de paralysies hystériques, administrer l'iodure de potassium à haute dose, longtemps continué avec intermittences. (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.*)

BULLETIN

La ligue contre le cancer. — L'atténuation du virus cholérique sur les cobayes.

— M. le professeur Verneuil a pris l'initiative d'une ligue contre le cancer, ligue dont nombre de savants de notre pays font partie. C'est là un mouvement scientifique qui nous intéresse au plus haut point et que les derniers travaux sur les agents du cancer, bactéries, psorospermoses, etc..., etc... ont rendu extrêmement intéressant.

Quel que soit le résultat des travaux entrepris, il ne faut pas méconnaître l'importance de cette tentative, qui doit être encouragée par toutes les forces de ceux qui ont pu juger des faibles moyens qu'on possède contre le cancer. Il ne peut qu'en ressortir un bénéfice pour ceux qui sont atteints de cette incurable affection.

— Par ce temps d'épidémie cholérique (on cholériforme), il est peut-être intéressant de prêter quelque attention aux expériences de M. Haffkine sur les méthodes d'exaltation et surtout d'atténuation du virus cholériforme sur les cobayes. C'est ce dernier point qui, actuellement au moins, reste le plus important. M. Haffkine a pu atténuer le virus en le cultivant à la température de 39° dans une atmosphère constamment aérée. Dans ces conditions, le vibrion cholérique périt rapidement. On peut même obtenir, alors, un virus qui, inoculé, même à des doses exagérées, sous la peau des animaux, n'y produit plus la nécrobiose des tissus. Une inoculation préalable de ce virus atténué permet d'introduire ensuite du virus plus fort sous la peau de l'animal (cobaye) sans que celui-ci y produise le moindre phénomène de mortification.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. Concours du clinicat. — Le concours du clinicat ophthalmologique s'est terminé par la nomination de M. Rochon-Duvignaud et le clinicat des maladies des voies urinaires par la nomination de M. Legueu.

II° congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — Nous rappelons que ce Congrès aura lieu à Vienne du 5 au 10 septembre ; nous prions ceux de nos confrères qui désireraient faire partie du congrès d'envoyer leur adhésion et le titre de leur communication le plus tôt possible à M. le Dr Feulard, à Paris, *Hôpital Saint-Louis*, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'ortite grippale observée à Paris en 1891, par le Dr Lœwenberg. — Une brochure de 18 pages avec 2 figures dessinées d'après nature par l'auteur.

(Ce travail est extrait des annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.)

Marcel Nierstrasz, éditeur, 66, rue de la Cathédrale, à Liège (Belgique).

Vade-mecum de gynécologie à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. Dührssen, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie. Traduit de l'allemand, par le Dr Ch. Van Aubel.

Un petit volume in-18 de 179 pages avec 100 figures dans le texte.

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines, par le Dr Berger. (*Communication faite à la Société de médecine pratique de Paris.*) — Une brochure de 50 pages avec 6 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50.

Audition colorée, par le Dr Jules Millet. — Brochure in-8° de 81 pages. Prix : 2 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 3 au 9 juillet 1892

Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 1. — Rougeole, 23. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 29. — Grippe, 1. — Phtisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë et chronique, 40. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 56. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 154. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 21. — Suicides et autres morts violentes, 51. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 10. — Total 1021.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRAGIE PAR LES IRRIGATIONS DE SUBLIMÉ

Par le Dr E. DESNOS,
Ancien interne des hôpitaux.

Et le Dr F. ARANDA,
Chef de clinique.

De tout temps, on a tenté d'enrayer la marche de la blennorragie dès son début, mais la plupart des traitements abortifs, dont les indications étaient mal tracées et les méthodes peu rationnelles, étaient tombés dans un discrédit presque général. Cependant certains succès le firent peu à peu rentrer en faveur, et plusieurs personnes, M. Diday, entre autres, fixèrent les conditions dans lesquelles le traitement abortif peut être appliqué et donnèrent les règles d'un manuel opératoire précis.

La méthode qu'emploie M. Diday est bien connue, et nous ne ferons que la rappeler sommairement. On injecte dans l'urètre une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent à 1/50, de manière à ce que ce liquide ne dépasse pas la région la plus antérieure ; un doigt étant appliqué sur le méat, on exerce des malaxations sur l'urètre. Une vive réaction se produit ; malgré cela, on recommence vingt quatre heures après ; à ce moment, l'écoulement doit diminuer et devenir séreux. Lorsque cette modification ne se produit pas, quelques personnes ont conseillé de revenir encore à une nouvelle injection, mais à ce moment, la réaction est d'ordinaire tellement vive, que toute intervention est impossible. Dans les cas heureux, au contraire, l'écoulement devient de plus en plus limpide, et cesse au quatrième ou cinquième jour. Ce traitement n'est applicable que dans la période initiale de la blennorragie, dans les vingt-quatre premières heures et, d'après des faits publiés par Pousson, il ne réussirait que dans 1 cas sur 4.

On voit que ces résultats ne sont pas très brillants, mais ils autorisent cependant à employer une méthode qui, en cas de succès, abrége considérablement la durée d'une maladie rebelle, et en cas d'échec la laisse suivre une marche normale sans être l'occasion de complications ni d'accidents ; pour le dire en passant, nous n'avons jamais observé de rétrécissements qui puissent être imputés à l'emploi de ces injections.

Nous avons pensé que le sublimé pouvait être substitué au nitrate d'argent, à la condition de l'employer avec prudence, et suivant un manuel opératoire que nous allons tout d'abord exposer avec quelques détails.

Le malade ayant uriné, et des lavages antiseptiques du

FEUILLETON

LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE

Suite (1)

En comparant le décret de 1883 avec l'arrêté de 1878 on est frappé de leur similitude, et l'on m'accordera que, sauf l'abrogation totale des articles 9, 10 et 14, visant la suppression du Conseil supérieur d'assistance médicale et la suppression partielle de quelques autres articles, le premier est la reproduction fidèle du deuxième. Il n'échappera cependant à personne que l'abrogation totale des articles précités, d'apparence anodine, modifiait foncièrement l'économie de l'arrêté de 1878. Vous avez vu que, dès la promulgation de l'arrêté du 2 septembre 1861, le médecin de colonisation était envisagé comme fonctionnaire du Gouvernement ; néanmoins il conservait une certaine indépendance vis-à-vis de l'Administration, indépendance que leur reconnut également l'arrêté de 1878. Ainsi les Comités départementaux visés par cet arrêté examinaient les titres à l'avancement des médecins de colonisation et le Comité supérieur d'assistance médicale d'Alger était chargé de dresser un tableau d'avancement ; c'étaient, en réalité, des comités investis de véritables attributions administratives présentant, au point de vue du Gouvernement général de l'Algérie, de sérieux inconvénients. L'œil exercé d'un administrateur aussi habile que l'était M. Tisman ne s'y trompa point ; ce haut fonctionnaire n'admettait pas un privilège créé, en quelque sorte, en faveur du médecin de colonisation, et pour lui celui-ci devait être un fonctionnaire comme tous les autres et dépendant directement de l'Administration ; de là, la suppression du Comité supérieur d'assistance médicale et l'augmentation des représentants du Gouvernement général au Comité

(1) Voir le numéro 27, 28 et 29.

gland et de la verge étant faits, on pratique une irrigation de l'urètre en se servant d'une seringue de caoutchouc durci ou de verre, d'une contenance de 120 à 150 grammes, à embout conique, soigneusement arrondi et non offensif, que l'on charge d'une solution non alcoolique de sublimé à 1/20000. La verge étant tenue de la main gauche qui la maintient rectiligne en exerçant sur elle une légère traction, l'embout est introduit dans le méat assez peu profondément pour permettre au liquide de refluer très librement entre le canal et cet embout. On pousse légèrement le piston d'un mouvement continu; on le remplit de nouveau, mais d'une solution d'un titre un peu plus élevé, à 1/15000, par exemple; on recommence cette manœuvre plusieurs fois de suite, en augmentant progressivement le titre de la solution jusqu'à ce que le malade accuse une sensation de cuisson légère et sans jamais dépasser le titre de 1/8000; dès que cette sensation est perçue, les irrigations doivent être suspendues. Mais les manœuvres ne sont pas terminées; on fixe à une petite sonde droite n° 6 ou 7, une seringue à instillations de Guyon, d'une contenance de 4 grammes et chargée d'une solution de sublimé à 1/1000; la sonde est introduite dans le canal, de façon que son œil reste au niveau de l'extrémité postérieure de la fosse naviculaire on pousse l'injection très lentement, goutte à goutte, afin que le liquide ressorte librement par le méat. Avant de terminer, on appuie légèrement sur l'extrémité de l'urètre pour y laisser séjourner quelques gouttes de ce liquide; la sonde étant retirée et le doigt appuyé sur le méat, on exerce de très douces malaxations pendant une minute environ.

La douleur immédiate est médiocre et la réaction peu violente: ce n'est qu'au bout d'un certain temps, deux ou trois heures environ, qu'un écoulement abondant se produit, séreux ou séro-purulent. La première miction est en général très douloureuse, elle entraine des filaments tenus, quelquefois légèrement teintés de sang; les deux ou trois mictions suivantes sont également douloureuses, mais à partir de ce moment la douleur diminue. Au bout de vingt-quatre heures l'écoulement, toujours séreux, parfois un plus teinté de vert, diminue d'abondance: c'est à ce moment qu'il faut faire de nouveau un lavage de l'urètre avec une solution de sublimé à 1/15000 ou, au plus à 1/10000. Cette irrigation sera faite, comme nous l'avons indiqué déjà, avec une grande douceur et en prenant bien soin de surveiller le reflux du liquide à l'extérieur. En général, il n'en résulte aucune douleur, à peine une légère sensation de cuisson pendant quelques minutes; toutefois la première miction est encore assez pénible.

On renouvelle ainsi tous les jours un lavage de l'urètre et un seul pendant trois à quatre jours; l'écoulement reste séreux et diminue progressivement; dans les cas où le traitement réussit complètement, toute trace de suintement a disparu le cinquième jour. Il faut bien se garder de le prolonger au-delà du temps nécessaire; dans un certain nombre de cas, les irrigations de sublimé, poursuivies plusieurs jours après la guérison, ont entretenu un écoulement séreux et peu abondant, qui a cessé de lui-même dès que la médication topique a été suspendue.

Toutes les fois, d'ailleurs, que la chose sera possible, le meilleur guide sera l'examen histologique des sécrétions. Dès la deuxième irrigation en général, on ne constate plus de gonocoques dans l'urine qui contient cependant un assez grand nombre de leucocytes et de bactéries communes de l'urètre. Ces éléments diminuent rapidement de quantité, et au quatrième jour il n'y a plus trace de pus. Un moyen de constatation, moins sûr que l'examen histologique, mais qui, en ville, dans beaucoup de circonstances de la pratique est le seul applicable, est l'examen des caractères macroscopiques de l'urine. Celle-ci, en effet, dans les deux ou trois premiers jours, entraine avec elle, au moment de son émission, un grand nombre de filaments plus ou moins allongés, ou comme brisés et enfin elle présente un aspect trouble; par le repos il se forme un dépôt peu abondant surnagé par une masse liquide limpide. Au quatrième jour les corps étrangers flottants sont très rares, et ne se voient plus au cinquième.

Ces remarques sont basées sur une série de 23 observations qui nous ont donné 11 guérisons très rapides (4 à 5 jours), 7 guérisons plus lentes (12 à 18 jours) et 5 échecs. Cette proportion de cas heureux serait sans doute plus considérable si nous n'avions pas dû passer dès le début par une période de tâtonnement; les 9 derniers cas, en effet, dans lesquels la méthode a été appliquée telle que

---

départemental, lequel comptait dans l'arrêté de 1878 (art. 16) trois médecins sur six membres et en compta autant sur sept membres dans le décret de 1883 (art. 10) (1). Il convient aussi de rappeler une autre considération qui motiva également la promulgation de ce décret. Il arrivait parfois que les Gouverneurs généraux de l'Algérie se trouvaient aux prises avec des difficultés administratives non prévues par leurs arrêtés et dont la solution n'admettait pas de retard; dans ces cas ils pouvaient exceptionnellement, et souvent non sans raison légitime, les transgresser; il n'en pourra être désormais de même avec le décret du 23 mars 1883.

Tout en regrettant les modifications que M. Tirman contribua à faire subir à l'arrêté du 5 avril 1878, nous devons reconnaître qu'en faisant donner à ce dernier force de loi, l'ex-Gouverneur général de l'Algérie a rendu à notre médecine de colonisation un signalé service.

En faisant signer au Président Jules Grévy le décret de 1883, l'Administration supérieure de l'Algérie prouva, encore une fois, qu'elle n'admettait pas le fait, bien réel cependant, que le médecin de colonisation était un fonctionnaire d'ordre spécial dont les travaux et les mérites ne pouvaient être jugés et appréciés que par un comité spécial composé, au moins en grande partie, d'hommes de profession, c'est-à-dire compétents. L'Administration perdait de vue que, dans la bataille de tous les jours qu'elle livre au sol algérien et aux préjugés et à l'ignorance des indigènes, ses médecins de colonisation sont de véritables éclaireurs auxquels il faudrait, rien que de ce chef, accorder une certaine indépendance. Conséquente avec elle-même, l'Administration fit supprimer également le passage de l'article 19 de l'arrêté de 1878, d'après lequel les

(1) On remarquera qu'à la fin de cet article la fonction de secrétaire du sous-chef du bureau de la préfecture est mis dans une parenthèse, laquelle peut faire supposer que ce sous-chef fait partie du Conseil et que, par conséquent, ce dernier compte trois médecins sur huit membres.

nous l'avons décrite, ne nous ont donné que 2 insuccès.

Lorsque la blennorragie ne doit pas avorter, on constate que l'écoulement ne diminue pas, qu'au lieu de rester séreux comme pendant les premières heures qui suivent l'instillation, il devient verdâtre et enfin que les irrigations de sublimé n'en amènent pas une diminution, même temporaire.

Quoiqu'il ne faille plus alors songer à juguler la blennorragie, le traitement topique n'en doit pas moins être appliqué avec persévérance; si l'urètre demeurait très sensible et si des douleurs se manifestaient même avec une solution de sublimé à 1/20000, on renoncerait à cet agent. Tout autre antiseptique puissant, tel que le permanganate de potasse ou le nitrate d'argent, produirait la même réaction; on aura donc recours à des antiseptiques qui n'ont pas d'action caustique, tels que l'iodoforme en suspension dans un liquide épais (huile, glycérine neutre, ou solution de gomme) ou mieux à la résorcine.

Quant à la médication interne, elle nous a semblé être peu efficace, néanmoins l'administration du salol à la dose de 4 grammes par jour ne peut être nuisible; nous l'avons prescrit dans un certain nombre de cas et il a paru, dans deux cas, diminuer les douleurs de la miction. Il faut chercher à diluer l'urine et recommander aux malades de prendre des boissons délayantes en assez grande quantité. Bien entendu, une hygiène sévère, au point de vue des aliments et des boissons, sera observée pendant toute la durée du traitement et une semaine au moins après la disparition et l'écoulement.

Jusqu'à quel moment après le début de l'écoulement cette méthode est-elle applicable? A cela il est difficile de faire une réponse absolument précise; nous avons obtenu des guérisons aux 1er, 2e et 3e jour après le début de l'écoulement; on a évidemment d'autant plus de chances de réussir que la médication est instituée à une période plus rapprochée du début, mais il ne faut pas se limiter aux premières heures qui suivent l'écoulement comme lorsqu'on se sert du nitrate d'argent. A une époque beaucoup plus tardive, pendant le cours de la deuxième semaine, nous avons même vu des écoulements disparaître rapidement à la suite des lavages de sublimé à un titre faible; mais il faut alors bien se garder de pratiquer une instillation antérieure violente avec le sublimé à 1/1000; une telle cautérisation n'aurait à ce moment aucune chance de détruire tous les éléments envahis par les gonocoques, et en provoquant une irritation vive, créerait pour ces organismes un milieu où ils se développeraient abondamment.

En présence des résultats obtenus, on estimera peut-être, comme nous le faisons nous-même, que le terme « abortif » n'est pas applicable au traitement que nous proposons; nous l'avons conservé surtout pour indiquer le but que nous visions tout d'abord, mais il nous semble que c'est en réalité un traitement « rapide » qu'on doit s'efforcer de faire réussir. Nous croyons même que si beaucoup de traitements dits abortifs ont échoué, c'est parce qu'on a cherché une guérison en un temps trop court; la réaction produite créait alors un milieu de culture des plus favorables. Il vaut mieux à notre avis, employer une thérapeutique qui exige, il est vrai, un peu plus de temps, mais dont les résultats sont plus positifs.

Observations.

Observation I. — M. Duv..., 22 ans, a eu, il y a deux ans, une première blennorragie qui a guéri assez rapidement. Depuis lors aucune trace de récidive. Il est d'une bonne santé, n'a jamais eu que des maladies aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie) qui n'ont pas laissé de trace; on ne retrouve chez lui de manifestation d'aucune diathèse.

Il y a trois jours, coït dans les conditions les plus suspectes. Deux jours après, sensation de chatouillement à l'extrémité du gland et quelques heures après, apparition d'un suintement séreux qui augmenta peu à peu et, seize à dix-huit heures après, présentait un aspect blanc laiteux. C'est à ce moment qu'il vint consulter (6 mai 1892). Le traitement abortif est proposé et accepté.

Le malade ayant uriné, on lave le gland et la verge à la solution boriquée; puis la verge étant maintenue rectiligne, on introduit dans l'urètre l'embout d'une seringue de caoutchouc durci, d'une contenance de 120 grammes, en ayant soin de laisser un espace libre entre cet embout et le canal; la seringue est chargée d'une solution de sublimé à 1/20000 qui est poussée doucement et reflue très librement. Une deuxième

---

places vacantes des médecins de colonisation étaient signalées au public médical par voies d'affiches.

Je vous ai lu l'article 2 du décret de 1881, d'après lequel les territoires de colonisation sont divisés en circonscriptions médicales, lesquelles comprennent généralement deux ou trois communes de plein exercice ou mixtes (1). Je dois ajouter que le service médical de colonisation de l'Algérie comptait, en 1881, 98 médecins de colonisation dont le traitement se montait à 336.400 francs (2). Il y avait à cette époque, en moyenne, trente et quelques médecins de colonisation par département. Depuis 1881 ces chiffres n'ont guère varié et correspondent à environ un médecin par 4.000 habitants de l'Algérie, tant Européens qu'indigènes. Ce chiffre est manifestement insuffisant, lors même qu'on prendrait en considération que dans certaines communes, surtout dans les villes, les médecins civils libres y exercent la médecine.

Après tout ce que j'ai eu l'honneur de vous exposer, il nous reste à examiner quelles sont les lacunes qui existent dans la belle œuvre d'organisation de notre service médical de colonisation, dont nous avons incontestablement le droit d'être fiers. Et d'abord, l'étude approfondie de cette institution nous amène à cette constatation du fait que le Gouvernement ne tire pas assez partie de la somme d'intelligence, de savoir et de dévouement que recèlent, pris en masse, ses médecins de colonisation. Ainsi, dans l'œuvre d'assainissement du sol algérien ceux-ci ne sont pas suffisamment consultés; et cependant seuls ils ont autorité, grâce à la connaissance approfondie de leurs circonscriptions respectives, pour insister auprès du Gouvernement sur ce fait capital, que l'assainissement de l'Algérie

(1) Les *communes de plein exercice* sont celles qui sont organisées comme en France et dont la population est en grande partie composée d'Européens; les *communes mixtes* sont celles où dominent les indigènes et où les fonctions municipales sont exercées par des administrateurs et des adjoints relevant du Gouvernement général de l'Algérie.
(2) Conseil supérieur du Gouvernement de l'Algérie, 1881, p. 84.

irrigation d'une même quantité de solution à 1/15000 est pratiquée de la même manière, puis une troisième à 1/12000 et enfin une quatrième à 1/10000; le malade ayant accusé une sensation de cuisson légère, on suspend les injections. Une petite sonde droite n° 7, est portée dans le canal jusqu'au niveau de l'extrémité postérieure de la fosse naviculaire; une seringue à instillations chargée d'une solution de sublimé à 1/1000 lui est adaptée et lentement on presse le piston; le liquide s'écoule goutte à goutte par le méat; pendant l'injection du dernier centimètre cube contenu dans la seringue on presse légèrement le méat pour empêcher le liquide de ressortir, on retire la sonde et on ferme le méat en appliquant le doigt sur cet orifice; quelques malaxations de la partie antérieure de l'urètre sont faites pendant une minute environ, puis le liquide est rejeté.

Immédiatement après, douleur cuisante assez vive, écoulement abondant séreux, très clair, laissant à peine une teinte verdâtre sur le linge; la douleur augmente pendant vingt minutes environ, reste à un degré égal pendant une demi-heure et décroît ensuite; au bout de trois heures il n'existait plus qu'une sensibilité assez grande à la pression de l'urètre.

La première miction, six heures après, est extrêmement pénible, mais ne se prolonge pas; les deuxième et troisième mictions sont douloureuses à un degré presque égal; la quatrième beaucoup moins.

Vingt-quatre heures après, le malade est revu; l'écoulement a diminué depuis quelques heures, mais est devenu plus verdâtre et un peu plus épais; on pratique un lavage de l'urètre antérieur avec une solution de sublimé à 1/15000 dont on injecte 400 grammes environ, l'écoulement redevient aussitôt séreux et peu épais, mais vingt-quatre heures encore après il était de nouveau plus teinté; troisième lavage à 1/15000, même phénomène consécutif immédiat; mais le lendemain l'écoulement restait séreux. Deux lavages à 1/20000 furent faits les jours suivants; au sixième jour le canal était sec et l'urine ne contenait aucun filament ni corps étranger appréciable à l'œil nu; le microscope faisait reconnaître un certain nombre de leucocytes.

Une semaine après, le malade est revu; aucune trace de suintement n'a reparu et les leucocytes ont disparu de l'urine.

Dix autres observations sont analogues à celle qu'on vient de lire. Elles ne présentent entre elles de différences que par la date du début du traitement; dans un cas, celui-ci n'a été commencé que quinze heures environ après le début du suintement qui était franchement purulent. Quoique la guérison ait eu lieu six jours après, nous ne conseillons cependant pas d'appliquer ce traitement à une période aussi tardive, du moins en ce qui concerne l'emploi de la solution à 1/1000, car les irrigations faibles de sublimé sont applicables à toutes les périodes.

Les sept observations suivantes ont trait à des malades qui ont guéri, mais chez lesquels l'écoulement au lieu de cesser le quatrième jour, a continué pendant une semaine environ, sans toutefois devenir abondant. Il ne s'agit donc plus ici de traitement abortif, mais la guérison a été singulièrement accélérée.

Observation XII. — Web.., 22 ans. Une blennorragie à 18 ans, guérie rapidement. Pas d'autres maladies antérieures, manifestations strumeuses dans l'enfance.

Il y a vingt heures environ, le malade remarque une sensation de picotement et bientôt un accollement des lèvres du méat. Le suintement augmente assez rapidement et une légère cuisson est perçue pendant la miction. A ce moment, l'écoulement est séreux, à peine teinté.

On pratique des lavages et une cautérisation comme il a été indiqué dans l'observation I, et, comme dans cette même observation, tout marche régulièrement vers la guérison pendant les quatre premiers jours; cependant l'écoulement redevenait plus rapidement purulent, à partir du quatrième jour, et reste moins franchement séreux dans les heures qui suivent l'irrigation, mais il est peu abondant.

Jusqu'au huitième jour, l'état est stationnaire; on continue à faire toutes les vingt quatre heures, un lavage, d'abord à 1/15000, progressivement porté à 1/10000.

Au neuvième jour, l'écoulement à peine suffisant pour laisser quelques taches punctiformes sur le linge, persiste néanmoins.

On administre alors du santal à la dose de 10 gr. par jour, sans obtenir un résultat appréciable. Enfin, au douzième jour, on cesse les irrigations de sublimé et on fait faire au malade des injections avec une solution de résorcine à 4 0/0. Au

---

n'est qu'une question de dessèchement systématique de ses lacs et marais et du drainage de son sol opéré en grand. Le drain! mais c'est le plus grand destructeur, et pour le moment le seul du paludisme algérien. Le grand géomètre de l'antiquité, Archimède, prétendait qu'avec un levier et un point d'appui il soulèverait la terre; infiniment moins prétentieux que lui je vous dirai : « Donnez-moi le drain, et je vous assainirai non seulement l'Algérie, mais toute l'ancienne Atlantide, des dunes du Sahara aux rives de la Méditerranée. »

Et dans l'œuvre de l'acclimatation? Qui doit avoir voix prépondérante, si ce n'est le médecin de colonisation. C'est à lui que le Gouvernement devrait confier la mission d'étudier mêmement les emplacements des centres de colonisation à créer dans sa circonscription. On ne peut pas nier que le Gouvernement a bien recours à ses lumières dans la création des centres; mais dans ce cas ce ne sont pas des études longues et spéciales des conditions telluriques et climatologiques des futurs centres qu'ils ont à soumettre au Gouvernement, c'est plutôt des consultations faites de concert avec d'autres fonctionnaires composant lesdites commissions.

Et dans la question de la création des sanatoria estivaux, reconnus aujourd'hui indispensables dans les pays chauds, — question malheureusement à peine effleurée en Algérie, — qui peut mieux que le médecin de colonisation désigner au Gouvernement et aux colons les endroits propices à l'installation de ces sanatoria?

Si je mets en relief ces exemples, c'est pour rendre évident le rôle d'hygiéniste que doit jouer le médecin de colonisation dans nos colonies; ce rôle, grand et beau entre tous, lui fait un devoir de prévenir les maladies endémiques et épidémiques dans les colonies et d'être le gardien naturel de la santé des colons et le conservateur de leur vie; et il ne faut pas être grand prophète pour prédire que, dans un avenir peu éloigné, les médecins de colonisation seront, avec les maîtres d'école, les premiers pionniers que la France embarquera sur ses navires battant pavillon colonisateur.

seizième jour, la guérison est complète et se maintenait dix jours après.

OBSERVATION XIII. — Léo..., 29 ans. Trois blennorragies antérieures, guéries lentement et sans doute incomplètement.

Suintement apparu il y a trente-six heures; a augmenté progressivement, à peine purulent. Le traitement par les irrigations de sublimé est appliqué et la guérison marche régulièrement. Au cinquième jour, le suintement est presque nul, mais il reparaît le sixième à la suite d'érections prolongées.

Les irrigations faibles à 1/20000 sont reprises aussitôt; mais le suintement purulent est lent à disparaître; ce n'est que le quinzième jour que l'on constate l'absence des éléments purulents dans l'urine; es irrigations avaient été continuées jusqu'au bout.

OBSERVATION XIV. — Sch... 22 ans. Une blennorragie antérieure de courte durée.

Quatre jours après un coït suspect, il y a vingt-quatre heures à peine, suintement séreux et picotement. Traitement par le sublimé: dès le lendemain, on remarquait des traces à peine sensibles du pus dans l'écoulement qui était devenu peu à peu séreux au troisième jour; malheureusement le malade, par prudence exagérée, continue les lavages à un titre un peu trop élevé (à 1/10000) et l'écoulement persiste. On cesse alors tout traitement, et l'écoulement disparaît de lui-même en trente-six heures.

OBSERVATION XV. — Gra..., 19 ans.

Aucune blennorragie antérieure. Plusieurs attaques de rhumatisme.

Suintement remarqué il y a douze heures, devient rapidement abondant. Traitement par les irrigations de sublimé. Douleur très vive à la miction. L'écoulement devient purulent; on recommence un lavage le lendemain et le surlendemain, mais, en raison de l'état aigu, on n'emploie que le titre de 1/25000; au quatrième jour, la teinte verdâtre devient moins marquée et l'écoulement diminue dès le septième. Au douzième jour, on remplace les irrigations de sublimé par des injections de résorcine; au dix-huitième, la guérison est complète.

OBSERVATION XVI. — Bon..., 43 ans.

Plusieurs blennorragies antérieures.

Il y a trente-six heures environ, suintement séreux, séro-purulent au bout de vingt heures environ. Traitement par irrigations de sublimé. Disparition de l'écoulement au cinquième jour. Au sixième, à la suite d'un léger excès de table, retour de l'écoulement qui ne disparaît que huit jours après, à la suite d'irrigations de sublimé.

Dans deux autres observations, l'écoulement ne s'est arrêté qu'au quinzième jour, il semble avoir été entretenu par une hygiène peu sévère.

Enfin dans cinq autres observations, toutes à peu près semblables et dont nous ne publions que la première, l'écoulement ne s'était pas arrêté et l'acuité des premiers symptômes a été accrue par l'emploi du sublimé. Toutefois, la maladie a suivi un cours normal et sans complication.

OBSERVATION XIX. — Ler..., 26 ans.

Deux blennorragies antérieures, la dernière paraît guérie depuis quatre mois.

Il y a trente-six heures environ, le malade a remarqué un suintement qui a augmenté progressivement avec une sensation de picotement sur toute l'étendue de l'urètre antérieur; l'écoulement a rapidement augmenté et est purulent; le premier jet de l'urine est trouble et chargé d'un grand nombre de filaments et de petites masses purulentes.

Le traitement est appliqué comme dans l'observation I. — L'écoulement devient séreux, augmente un peu; mais sept ou huit heures après reprend sa purulence. Le lendemain, l'état est sensiblement le même que la veille; on pratique néanmoins un lavage avec une solution de sublimé à 1/20000 qui est l'occasion d'assez vives douleurs. L'écoulement s'accroît et reste très purulent. Au troisième jour l'abondance a augmenté, les lèvres du méat sont rouges et le canal sensible; la miction n'est pas extrêmement douloureuse.

Devant cette recrudescence d'inflammation, aucune injection n'est pratiquée, et un traitement émollient (bains, boissons délayantes, salol à l'intérieur) est institué. Cinq jours après on pratique des lavages avec une solution faible de permanganate de potasse qui amène une diminution de l'écoulement. La disparition de l'écoulement apparent n'est obtenue qu'au vingtième jour; mais on retrouve des filaments dans l'urine pour lesquels 10 instillations de sublimé sont pratiquées avec succès.

A ce rôle d'hygiéniste, il faut ajouter celui de médecin légiste, peut-être le plus pénible pour le médecin de colonisation, et d'autant plus pénible qu'on lui tient généralement peu compte des services qu'il rend à l'autorité judiciaire. Se transporter par tous les temps dans des lieux parfois à peine accessibles; faire des autopsies dans des conditions déplorables; signer des pièces rédigées quelquefois de mémoire; se voir payer dérisoirement et subir des reproches souvent immérités du procureur ou des critiques malveillantes et des insinuations perfides du défenseur : — voilà la récompense à laquelle peut toujours s'attendre le médecin de colonisation légiste!

Reste enfin le rôle spécial de médecin praticien. Privé d'hôpital, d'ambulance, d'assistant et d'aides, le médecin de colonisation doit se débrouiller comme il peut dans les cas graves ou nécessitant une opération; aussi s'estime-t-il heureux quand il peut expédier son malade à l'hôpital de la ville la plus proche. Il ne peut donc, en réalité, que faire de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique d'urgence, ce qui le met dans l'impossibilité de faire des études sérieuses sur les maladies internes ou externes des contrées souvent malsaines où il exerce sa profession et où, enfant perdu de l'armée médicale, seul, sans témoin ni encouragement, il promène son art et son dévouement, ne trouvant dans l'accomplissement du devoir que l'approbation de sa conscience.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA PRÉSENCE ET LA NATURE DE LA SUBSTANCE PHYLACOGÈNE DANS LES CULTURES LIQUIDES ORDINAIRES DU BACILLUS ANTHRACIS (1).

Par M. ARLOING.

Je me propose d'aborder, dans cette note, deux points

(1) Note lue à l'Académie des sciences.

relatifs à l'immunisation contre le charbon par les produits de culture du *Bacillus anthracis*, savoir : 1° la manière de montrer le pouvoir vaccinant de la partie liquide d'une culture achevée ; 2° la détermination du groupe des substances solubles où se trouve contenue la matière phylacogène.

J'entretiens l'Académie de mes travaux sur ces sujets, parce qu'ils m'ont fourni des résultats plus nets et plus décisifs que ceux publiés jusqu'à ce jour.

I. On sait, en effet, que l'on a très imparfaitement réussi à conférer l'immunité avec les cultures filtrées du *Bacillus anthracis*. Plusieurs expérimentateurs, tels que M. Bouchard, MM. Roux et Chamberland, ont échoué dans leurs tentatives avec des cultures ordinaires. D'autres, tels que MM. Woolrige et W. Petermann, disent avoir réussi, mais avec des cultures faites dans des milieux spéciaux. Le premier avait cultivé le bacille dans des extraits de thymus et de testicule de veau ; le second, dans du sérum de bœuf.

Des expériences faites par M. Roger, en 1889, ont démontré la réalité d'une manière vaccinante dans les cultures de charbon ; mais, d'après l'auteur, cette matière ne serait pas soluble ou bien serait fixée par la chaleur dans l'intérieur des cadavres des bactéridies.

Mes recherches ont eu pour but de démontrer que les cultures du *Bacillus* ordinaire renferment aussi des matières solubles vaccinantes.

Je me suis laissé guider, dans mes recherches, par la connaissance des propriétés rétentives des filtres minéraux pour les substances solubles des cultures que l'on fait passer à travers leur épaisseur pour les séparer des microbes, propriétés dont j'ai entretenu l'Académie récemment (voir *Comptes rendus* du 20 juin 1892).

Partant de cette connaissance, j'ai supposé que la filtration sur porcelaine, couramment usitée pour obtenir la partie liquide des cultures à l'état de pureté, diminuait la proportion des substances vaccinantes au point de nuire à la manifestation de leurs effets. Aussi ai-je résolu de séparer les bacilles du bouillon de culture sans me servir du filtre Chamberland.

Pour y parvenir, j'ai pris d'anciennes cultures faites dans un grand volume de bouillon, à l'intérieur de matras considérables. Sous l'influence de repos prolongé, les bacilles s'étaient déposés, sous forme d'un feutrage, au fond des ballons ; une couche épaisse de bouillon de culture limpide les surmontait. J'ai alors introduit dans le ballon, en évitant de lui imprimer des ébranlements, un siphon stérilisé, disposé d'une manière particulière. Les deux branches garnies de coton tassé et stérilisé sur une grande longueur, étaient réunies par un tube de caoutchouc. La branche extérieure, à peine plus longue que la branche intérieure, se terminait par une pointe effilée. Tout cela dans le triple but de décanter le liquide lentement, sous une aspiration minime, et de faire en sorte que les rares bacilles qui pourraient être entraînés fussent retenus dans les mailles étroites des tampons de coton.

Après ce premier siphonnement, le bouillon de culture est mis à décanter dans une longue éprouvette conservée au frais pendant vingt-quatre heures. On l'en retire par un second siphonnement semblable au premier.

Par ce procédé, j'ai obtenu, dans ce cas particulier, du bouillon de culture absolument débarrassé des bacilles charbonneux et non spolié d'une partie des substances microbiennes qu'il tient en dissolution comme il l'aurait été fatalement par le filtre Chamberland.

Or, avec ce bouillon de culture en possession de tous les produits microbiens qu'il avait reçus, j'ai parfaitement conféré l'immunité à de jeunes brebis, soit par une seule et abondante injection intra-veineuse, soit par une série d'injections sous-cutanées (cinq) de 10 cc. chacune, résultat que je n'avais jamais obtenu dans plusieurs expériences antérieures où j'avais inoculé des cultures filtrées à travers la porcelaine dégourdie.

II. Ce fait une fois bien établi, je pouvais entreprendre de déterminer, sinon la substance phylacogène, au moins le groupe des substances solubles qui la renferme.

Des tentatives de détermination plus précise ont été faites par M. Haukin dans le laboratoire de M. Koch, il y a quelques années. M. Haukin aurait isolé des cultures du *Bacillus anthracis* une albumose qui, suivant la quantité inoculée, prédisposerait les souris à contracter le charbon ou bien leur permettrait de résister à cette maladie. Les expériences de l'auteur sont loin de posséder la simplicité désirable en pareil cas et, lorsqu'on en lit les détails, elles sont loin d'être convaincantes. Au surplus, elles ont été répétées aussi exactement que possible, l'année dernière, par M. Petermann, à l'Institut Pasteur, et ont donné des résultats négatifs sur le lapin, le cobaye et la souris. Plusieurs fois, les animaux qui avaient reçu l'albumose sont morts plus vite que les témoins.

J'ai dissous séparément dans l'eau glycérinée à 40 0/0 deux groupes de matières contenues dans le bouillon de culture dont il a été question dans la première partie de la présente note. Les unes précipitables par l'alcool; les autres solubles dans ce liquide. Les matières solubles dans l'alcool ont été ramenées à consistance d'extrait par évaporation à 50° sur une dépression de $0^m,50$ de mercure. Les solutions glycérinées ont été faites de telle sorte qu'elles aient un quart seulement du volume primitif de la culture.

Avec ces solutions, j'ai fait d'abord un certain nombre d'essais isolés en employant les injections intra-veineuses ou les injections sous-cutanées. J'ai acquis la certitude que je donnais quelquefois une sérieuse immunité au mouton. Alors j'ai entrepris une expérience bien systématisée.

Je me suis procuré six agneaux, que j'ai divisés en trois lots égaux ; ceux du premier lot ont reçu pendant six jours de suite et chaque jour 1 cc. de la solution des matières précipitables par l'alcool en injections sous-cutanées; ceux du deuxième ont reçu de la même manière les substances solubles dans l'alcool; ceux du troisième lot devaient servir de témoins à l'expérience d'épreuve. Je reviendrai plus tard sur les effets locaux et généraux de ces injections. Huit jours après la dernière, on inocule les six agneaux avec une culture complète de bacilles très virulents. Quatre animaux sur six succombent à cette inoculation, savoir : les deux témoins et les deux agneaux imprégnés avec les substances précipitables par l'alcool. Les deux agneaux imprégnés avec les substances solubles dans l'alcool ont présenté une élévation notable de la température, mais se sont rétablis.

« *Il nous semble, d'après ces résultats, que les bacilles charbonneux déversent une substance phylacogène dans les bouillons de culture et que cette substance fait partie du groupe des matières qui, dans les cultures, sont solubles dans l'alcool.* »

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA SPERMINE. INTERPRÉTATION DE SES EFFETS SUR L'ORGANISME (1),

Par M. ALEXANDRE POEHL.

Dans ces dernières années, les travaux de l'illustre physiologiste Brown-Séquard ont, à diverses reprises, appelé l'attention sur les effets tonifiants exercés sur l'organisme par les liquides extraits des glandes, et en particulier établi le pouvoir dynamogène des produits que l'eau sépare du tissu testiculaire.

Ces recherches m'ont engagé à étudier de près la composition chimique de la liqueur brown-séquardienne. Elles m'ont amené à y reconnaître, à côté des albuminoïdes, de la lécithine, de la nucléine et des nombreuses leucomaïnes partout répandues dans les glandes, une très sensible proportion de spermine. J'ai trouvé cette base, non seulement dans les testicules et la prostate, mais dans les ovaires, dans le pancréas où elle est abondante, dans le corps thyroïde, le thymus, la rate, enfin dans le sang normal.

On sait qu'en 1878 Schreiner découvrit dans le sperme les cristaux que M. Charcot avait observés dans le sang des leucocythémiques et qu'il parvint à en extraire une base, la spermine, à laquelle il assigna la formule C^2H^5Az. Ladenburg et Abel supposèrent, en se fondant sur cette formule, et d'après quelques essais qualificatifs, qu'elle se confondait avec l'éthylénimine. Kobert, poussant plus loin encore ces vues purement théoriques, soutint que le polymère de l'éthylénimine, la pipérazine, $C^4H^{10}Az^2$, est une *dispermine*.

Mais j'ai trouvé que la spermine pure, séparée de son phosphate cristallisé, ne répond pas à la formule C^2H^5Az, mais bien à $C^5H^{14}Az^2$, et peut-être à une formule plus complexe encore (2). Dans tous les cas, il résulte de mes analyses que la spermine ne se confond pas avec l'éthylénimine. Je me suis assuré aussi qu'elle ne se change pas en pipérazine et qu'elle se distingue de ces deux substances par tout un ensemble de propriétés.

On comprend les conséquences fâcheuses qui sont résultées, pour la science et pour la pratique médicale, d'une pareille confusion.

Les différences entre la spermine et l'éthylénimine ont été constatées non seulement par moi, mais par le plus éminent de nos chimistes russes, M. Mendeleeff.

L'étude physiologique de la spermine employée à l'état de chlorhydrate pur que j'avais préparé moi-même a été faite par MM. Tarchanoff, Maximowitch, Schicbareff, Victoroff, Roschtschinin, Weljaminoff, etc. Il résulte de leurs nombreuses expériences que cette base possède une action tonifiante et dynamogène de tout point semblable à celle du liquide testiculaire de Brown-Séquard.

L'interprétation de l'action physiologique de la spermine et de la liqueur extraite des testicules a donné lieu à une grande divergence d'opinions qui s'explique par la complexité des effets résultant de l'administration de ces produits. Cette divergence s'est augmentée encore de la confusion introduite par les hypothèses venues d'Allemagne de l'identité de la spermine et de l'éthylénimine et grâce à la mise en vente de la pipérazine sous le nom de *dispermine*.

Je crois avoir trouvé l'explication des phénomènes observés avec la liqueur testiculaire aussi bien qu'avec la spermine retirée du testicule.

Cette base n'est pas un oxydant, mais elle détermine, à son contact, une accélération des oxydations, tant minérales que physiologiques.

Que l'on place dans un vase quelques gouttes de chlorure d'or et de magnésium en poudre, il n'en résultera que du gaz hydrogène et un peu de chlorure de magnésium. Mais ajouter au chlorure d'or un peu de chlorhydrate de spermine, aussitôt une mousse abondante d'hydrate de magnésie se produit et remplit le vase, en même temps qu'il se dégage l'odeur de sperme humain. Le chlorhydrate de spermine dilué au 1/100, au 1/1000 et même au 1/10000 produit cet effet, et la solution filtrée, pour séparer la magnésie, le reproduit encore une fois. Les chlorures $PtCl^4$, $HgCl^2$, $CuCl^2$, etc..... agissent de même. Dans cette réaction la spermine favorise, par son contact, l'oxydation rapide du magnésium aux dépens de la décomposition de l'eau.

Il en est de même des oxydations organiques. Du sang *très dilué* et même déjà putréfié, additionné d'un peu de chlorhydrate de spermine, oxyde très rapidement à l'air la teinture de gayac, qui bleuit à son contact comme avec l'eau oxygénée.

On sait que beaucoup de substances, chloroforme, oxyde de carbone, protoxyde d'azote, extraits de la bile, extraits urinaires, etc. diminuent le pouvoir oxydant du sang. En ajoutant un peu de spermine à du sang qui a reçu l'action de ces corps, on lui restitue la propriété de transporter son oxygène sur les tissus. Cette action de la spermine rappelle de très près les phénomènes de catalyse; elle est indépendante de la quantité employée, et le sang n'offre du reste aucun changement au spectroscope.

Cette propriété d'être, par sa présence, un excitant des oxydations, rend compte des phénomènes provoqués par la spermine chez l'homme et chez les animaux. Elle fait comprendre les heureux effets provoqués par cette substance chez les individus soumis à l'action du chloroforme, agent qui enraye les oxydations.

Pour mesurer exactement l'intensité des processus d'oxydation provoqués par la spermine, il faudrait évaluer la diminution des leucomaïnes produites dans les tissus. On sait, d'après l'auteur de leur découverte, M. Armand Gautier, que ces bases sont les témoins des oxydations incomplètes. J'ai cherché à obtenir une évaluation plus facile du pouvoir excitateur de l'oxydation attribuable à la spermine, en mesurant le rapport qui existe dans les urines entre l'azote total excrété et l'azote de l'urée. J'ai trouvé que, dans certains cas, sous l'influence de la spermine, ce rapport se rapproche de l'unité et passe de 100 : 87 à 100 : 96. La spermine excite donc les oxydations intra-organiques.

L'action favorable de cette base, constatée par divers expérimentateurs chez les diabétiques, s'explique aussi par une diminution de la spermine produite par le pancréas chez les malades. Les travaux de M. Lépine et de

(1) Académie des sciences, séance du 11 juillet 1892.

(2) L'analyse du chloroplatinate de spermine m'a donné

C = 11,83; H = 3,36; Az = 5,89; Pt = 38,21.

La formule $C^5H^{14}Az^2$, 2HCl, $PtCl^4$ vent

C = 11,73; H = 3,13; Az = 5,47; Pt = 38,04.

La formule de Schreiner demande C = 9,69 et Pt = 39,2.

M. Minkowsky ont démontré, comme on sait, que le diabète est étroitement lié aux altérations de cette glande.

L'action de la spermine à titre de *tonique* et de *nervin* se comprend donc aisément, puisque cette base accélère les oxydations et restitue au sang ses propriétés de transport de l'oxygène aux éléments nerveux.

De là, l'oxydation plus rapide des leucomaïnes, la disparition plus complète des matières extractives, enfin la sensation de bien-être général qu'éprouvent les sujets sonmis à l'action de cette base, phénomène constaté par tous les observateurs.

Les circonstances qui amènent une diminution dans la sécrétion de la spermine sont multiples. Non seulement les nombreux organes qui les produisent peuvent s'altérer, comme on le constate notamment dans beaucoup de maladies infectieuses, mais encore la spermine peut être éliminée rapidement, transformée en phosphate insoluble, etc. (bronchite, asthme, anémie, etc.).

La spermine étant un élément constant du sang normal et de beaucoup de tissus, son administration est absolument sans danger, ainsi que l'ont établi les nombreuses expériences faites avec le chlorhydrate pur et stérilisé. Ces injection, ne sont que peu ou pas douloureuses.

CLINIQUE MÉDICALE

APHASIE PAR DÉSHYDRÉMIE CÉRÉBRALE (1),

Par M. Chouppe.

Les faits signalés dans la dernière séance par MM. Brown-Séquard et Chauveau, relativement aux phénomènes qui peuvent se produire dans certains cas, à la suite de modifications dans la circulation cérébrale, m'ont remis en mémoire une observation clinique qui peut présenter, avec eux, quelques rapports, tout au moins en ce qui concerne la pathogénie des phénomènes constatés.

Voici ce fait sans commentaires;

Un homme fut trouvé étendu sur la voie publique; il paraissait dormir. Avec assez de peine, on le tira de l'engourdissement dans lequel il était plongé et il put, soutenu par deux personnes, gagner une pharmacie, distante d'environ deux cents mètres.

Arrivé là, il s'affaissa sur un siège. Il semblait très affaibli, mais son intelligence paraissait intacte. Aux questions qu'on lui posait, il répondait en faisant des signes négatifs et en portant sa main à sa bouche. Pour toutes les personnes qui l'entouraient, c'était un muet. Cependant je remarquai qu'il tournait la tête au moindre bruit, que ses yeux s'animaient à de certaines questions; il entendait donc, mais il ne pouvait pas parler; c'était un *aphasique complet*. Comme cet homme ne présentait pas trace d'hémiplégie, je me trouvais réduit à des suppositions sans fondement, quand il me tira lui-même d'embarras (1).

Voyant qu'il ne pouvait se faire comprendre, il sortit un papier de sa poche et me le tendit, c'était un billet constatant qu'il avait quitté la veille l'hôpital Saint-Antoine. Sur ce billet était écrit le diagnostic suivant : *polyurie simple*. Ce fut en quelque sorte un trait de lumière; cet homme ne serait-il pas aphasique parce qu'il était déshydraté?

Je lui fis donner de l'eau; il en absorba 2 litres immédiatement et, au bout de dix à douze minutes, il nous fit le récit suivant, d'une voix faible, mais nette et sans aucune hésitation :

Sorti de l'hôpital sans ressources, il était allé à Courbevoie à pied pour chercher de l'ouvrage; il n'en avait pas trouvé. Sans manger, après avoir bu uniquement un ou deux verres d'eau, il reprit le chemin de Paris. Il dut faire la route fort lentement étant très affaibli et tourmenté par une soif extrême, qu'il ne trouva pas moyen de satisfaire; ceci se passait la nuit. Il arriva ainsi jusqu'à la place de l'Étoile, où, s'étant assis pour se reposer, il tomba dans la stupeur dont des passants l'avaient tiré au bout de plusieurs heures.

Le malade ayant bu de nouveau et repris un peu de forces, je le fis conduire à l'hôpital Beaujon. Diverses circonstances m'empêchèrent d'aller l'y voir et de pousser plus loin mon observation.

(1) *Soc. de biol.*, séance du 9 juillet 1892.

(1) Je ferai remarquer que cette observation a été recueillie en 1881, et que, par conséquent, toute interprétation attribuant le mutisme à une cause psychique était alors impossible.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE L'ACTION DE LA DIGITALE DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE,

par George W. Balfour,
Médecin de l'hôpital Chalmer, Édimbourg.

Depuis Corrigan jusqu'à notre époque, nombre de praticiens et de professeurs ont fait des objections à l'emploi de la digitale dans les cas d'insuffisance aortique, en se basant sur l'idée théorique que ce médicament, en prolongeant la pause diastolique, favorise la régurgitation du sang dans le ventricule, et tend ainsi fatalement à créer des difficultés à l'action du cœur.

Il y a cependant près de cinquante ans (1844) que le regretté professeur Easton, de Glascow, a fait remarquer que lorsque le cœur bat moins fréquemment, il y a moins de possibilité pour le reflux du sang, bien loin qu'il y en ait davantage (1). Cela semble assez logique; quand un cœur bat quarante fois par minute, il n'y a que quarante ondées rétrogrades par minute; quand le cœur bat quatre-vingt-dix fois par minute, il faut naturellement qu'il se produise quatre-vingt-dix régurgitations. Mais l'on objecte que, quoique les régurgitations soient moins nombreuses, elles sont cependant plus prolongées, par suite plus considérables en quantité et plus dangereuses pour le maintien de l'intégrité circulatoire.

On peut répondre à cette objection qu'une prolongation de la systole ne signifie point nécessairement une augmentation du reflux sanguin. Dans l'intérieur du système vasculaire, en effet, il n'existe ni vide ni air, mais une colonne de sang continue qui s'étend dans tous les sens et qui se fait suite à elle-même. Le cœur est le seul point de ce système qui possède le pouvoir de se contracter activement et c'est de lui que dépend la circulation du sang. Quand le ventricule gauche se contracte, il chasse son contenu dans l'aorte; ce dernier vaisseau,

(1) *Monthly medical Journal*, juillet 1844, p. 634. Easton traite complètement la question dans un travail qui mérite d'être étudié.

déjà plein de sang, en vertu de son élasticité, se distend, et reçoit le surcroît de sang qui vient de lui être lancé.

Quand la systole ventriculaire s'est complétée et que la diastole consécutive s'est manifestée, il se produit une pression négative en arrière de la colonne sanguine poussée du ventricule dans l'aorte avec une grande soudaineté et une grande rapidité (2). Cette pression négative se fait sentir jusqu'au-dessus des valvules semi-lunaires et dans l'état normal détermine, en partie du moins, l'occlusion de l'orifice par la chute des valvules. Cette pression négative qui est le plus considérable dans l'intérieur du ventricule, est due, dans une large proportion au retour du ventricule de son état de contraction à son état normal. (*British med. Journ.*, 4 juin 1892.)

(*A suivre.*)

(2) *Physiologie* de Foster, 5e éd., p. 218.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

BRETONNEAU ET SES CORRESPONDANTS (1).

M. Triaire aurait pu tout aussi bien intituler le livre qu'il vient de publier : correspondance de Bretonneau avec ses élèves et ses amis, car la plus grande partie de l'ouvrage et la plus documentaire est constituée par cette correspondance.

Mais ce qui explique le titre adopté, c'est la remarquable notice dans laquelle l'auteur, en un style à la fois simple, élégant et captivant pour le lecteur, retrace la vie de Bretonneau et de ses principaux correspondants, et extrait tout ce qu'il y a de meilleur dans la longue correspondance dont il se fait l'éditeur.

M. Triaire nous met au courant de toutes les cabales qu'a eues à supporter ce savant, cabales incapables d'arrêter l'essor de son génie ; il nous montre les découvertes de Bretonneau sur la diphthérie, la dothiénentérie, la spécificité des maladies, aussi jeunes et aussi vraies qu'au commencement de ce siècle, et en tout point confirmées par la doctrine postérieure.

Si Bretonneau est arrivé à de tels résultats, c'est qu'il étudiait la nature en vrai savant, en faisant table rase de tout ce qu'il pouvait savoir, ne se fiant qu'aux résultats de son observation et de son expérimentation.

« Vous savez, écrivait-il à Trousseau, chargé d'étudier la fièvre jaune à Gibraltar, — vous savez mon aversion pour les spéculations qui ne peuvent être dirigées par l'expérience et l'observation.

Abordez ce sujet épineux, *comme si on ne s'en était pas encore occupé.* »

Bretonneau ne ménageait pas ses peines, et pour compléter ses observations par l'examen anatomique, il n'hésitait pas à aller la nuit déterrer les cadavres au cimetière.

Ce travail persévérant le conduisit à découvrir au milieu du chaos des divisions et subdivisions de la nosologie d'alors deux maladies, mal décrites sous vingt noms divers, inconnues quant à leur nature et à leurs lésions, le traitement, il indiqua tout : il savait voir juste et pousser à fond ses investigations.

La dothiénentérie et la diphthérie, ce sont là ses principaux titres de gloire : Trousseau et Velpeau, ses fils scientifiques, comme il se plaisait à les appeler, ce sont là d'autres titres non moins grands.

Car il faut bien le dire, c'est lui qui leur inculqua, concurremment avec sa méthode si scientifique, des idées saines et justes sur notre science.

Bretonneau n'était pas écrivain ; aussi n'a-t-il laissé aucun livre didactique, et sans ses élèves il n'eût probablement rien publié.

Il est très intéressant de lire dans le livre de M. Triaire toutes les sollicitations de Trousseau et de Velpeau, qui harcèlent leur maître pour l'amener à publier le fruit de ses études.

Pour la dothiénentérie il fut impossible d'obtenir le *livre.* Quelques communications à l'Académie de médecine, reproduites dans les journaux, furent tout ce qu'il parut.

La persévérance des fils scientifiques fut seulement récompensée au sujet de la diphtérite.

Simples étudiants ils annoncent partout la publication prochaine de l'ouvrage de Bretonneau.

Marjolin faisant une leçon sur le croup dit qu'il a « entendu parler d'un travail sur ce mal, par un médecin fort distingué dont il ne se rappelle pas le nom, qui doit paraître prochainement, etc. »

Velpeau va trouver Marjolin, et lui donne toutes sortes d'indications, si bien qu'à la prochaine leçon il fait le plus grand éloge de Bretonneau et engage tous ses auditeurs à lire son livre dès son apparition.

Toutes ces choses Velpeau les écrit à son maître :

« J'enrage depuis quatre jours, lui écrit-il une autre fois ; quatre enfants sont morts du croupe chez M. Guersant ; ils ne parviendront jamais à attraper la manière de les traiter, si vous ne venez la leur montrer... »

« Votre travail, votre travail, pour qu'ils vous entendent. »

Enfin le manuscrit parvint à Paris.

« La Diphthérite est vendue, écrit Velpeau, et vous pouvez croire, mon cher maître, qu'elle ne retournera pas à Tours avant d'être imprimée... Votre livre est maintenant à nous ; il ne vous sera plus permis de reculer ! »

Le talent de vulgarisation qui manquait à Bretonneau l'auteur des *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu* le possédait au plus haut point ; aussi fut-ce Trousseau qui contribua le plus à immortaliser le nom de son maître en faisant connaître ses doctrines au monde savant. Et ce sont si bien les doctrines de Bretonneau qu'il cherche à faire prévaloir, qu'il charge le vieux médecin de Tours de revoir son ouvrage.

« Cher maître, lui écrit-il, j'ai eu la faiblesse de consentir à faire deux volumes de clinique médicale, et dans deux mois je vais commencer à imprimer. Les maladies éruptives ouvriront la marche : scarlatine, rougeole, variole, dothiénentérie. Il faut que vous revoyiez toutes ces paperasses et que vous biffiez les bêtises ; que vous ajoutiez des notes bien et dûment signées de vous. »

Bretonneau, qui avait d'abord exercé à la campagne, fut en butte pendant toute sa carrière aux intrigues et aux misérables jalousies de ses confrères de Tours ; et cela au point qu'une école secondaire de médecine fut créée à cause de lui à Tours, et qu'il n'en fit jamais partie.

Les détails qui précèdent donnent une idée de l'importance des documents que rencontreront dans le livre de M. Triaire les confrères qui, oubliant un instant leur clientèle ou leur labo-

(1) *Bretonneau et ses correspondants*, ouvrage comprenant la correspondance de Trousseau et Velpeau avec Bretonneau, publié avec une biographie et des notes, par PAUL TRIAIRE, et précédé d'une introduction de L. Lereboullet, membre de l'Académie de médecine. — Paris, Félix Alcan, 1892.

ratoire, voudront vivre quelques instants dans l'intimité de maîtres qui pour n'être plus n'en resteront pas moins pour longtemps encore les grands maîtres de notre science.

JULES R...

DES SUITES DES TRAUMATISMES DU CRANE ET LEUR TRAITEMENT PAR LA TRÉPANATION, par M. J. TELLIER. (Thèse de Lyon, 1890. J.-Baillière, éditeur, Paris.)

Des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels ou mentaux sont les accidents qu'on peut observer tardivement après un traumatisme du crâne.

Les troubles moteurs sont surtout des accidents convulsifs et paralytiques dont l'existence paraît liée à des lésions de l'écorce cérébrale. La trépanation exploratrice est indiquée dans tous les cas à moins de dégénérescences secondaires révélées par des contractures. Elle doit avoir pour but de découvrir et de faire disparaître l'agent causal de l'irritation corticale. Grâce à elle les esquilles, les enfoncements seront enlevés, relevés; les foyers hémorrhagiques ouverts, évacués et traités antiseptiquement; les abcès, qu'ils siègent, soit entre la dure-mère et la paroi osseuse, soit dans la substance corticale, pourront être incisés même profondément, si par la ponction exploratrice, leur présence a été démontrée dans l'épaisseur de la substance encéphalique. Si les cicatrices dure-mériennes, consécutives à la méningo-encéphalite doivent être incisées et excisées, il ne faut toucher qu'avec une excessive prudence aux cicatrices intéressant la substance cérébrale elle-même.

Quelque incertitude qui plane encore sur la doctrine des localisations, on devra se souvenir que dans presque tous les cas où les blessés présentaient des troubles dans le domaine de la mobilité, la trépanation pratiquée sur les divers centres de la région rolandique a été suivi le plus souvent d'amélioration manifeste, quelquefois même de guérison définitive.

Dans les observations recueillies, les troubles isolés de la sensitilité sont très rares. Ils accompagnent habituellement les troubles moteurs. La céphalalgie plus ou moins violente est un symptôme assez souvent constaté dans les traumatismes anciens, aussi pourrait-elle suffire, à elle seule, à déterminer l'intervention.

On a noté comme troubles sensoriels, consécutivement aux traumatismes craniens des troubles de la vision, de l'audition, de l'affection, du goût. Ils sont dus, le plus souvent, à des lésions produites par des fractures de la base et par suite échappent à toute intervention active.

La plupart des auteurs sont aujourd'hui unanimes à accorder aux traumatismes du crâne une part plus ou moins évidente dans l'apparition des troubles mentaux qui se développent à distance. Ces troubles peuvent être de deux ordres et caractérisés soit par des symptômes d'excitation, soit par des symptômes de dépression. Ils sont dus à l'existence de fausses membranes, d'adhérences, d'abcès, ou se manifestent comme conséquence de troubles de structure intime de la substance cérébrale par suite de commotion, de compression. Dans le premier cas l'intervention chirurgicale pourra avoir une influence heureuse sur la marche des symptômes constatés, dans le second, le trépan sera moins indiqué, exception faite toutefois pour certains cas d'épilepsie vraie d'origine traumatique.

On peut constater, plus ou moins longtemps à la suite des traumatismes craniens, des troubles des facultés intellectuelles, des troubles pathologiques permanents. Les premiers sont caractérisés par des bizarreries de caractère, des arrêts de développement et de la perversion de l'intelligence, la perte de la mémoire, le besoin exagéré d'activité, le penchant à la colère, parfois même à l'alcoolisme; les seconds sont surtout la paralysie générale et l'épilepsie, cette dernière conduisant souvent à la folie, à la démence confirmée.

Les troubles intellectuels ont souvent disparu à la suite du trépan, contre-indiqué dans la paralysie générale d'origine traumatique étant donné qu'on rencontre souvent dans cette affection des rémissions plus ou moins longues; il fait merveille dans l'épilepsie : les crises diminuent le plus souvent, disparaissent parfois ; les troubles intellectuels sont amendés, en tous cas enrayés dans leur marche.

Au point de vue opératoire la couronne de trépan paraît préférable au marteau et aux ciseaux d'autant qu'on peut tenter la réimplantation des rondelles osseuses.

Le travail de M. Tellier se recommande à plusieurs titres : très documenté, bien écrit, d'une lecture facile, il devra être consulté par tous ceux qui s'intéressent à l'étude difficile, mais captivante des suites éloignées des traumatismes craniens.

DE L'ULCÈRE PERFORANT DU DUODENUM, par M. LE RENARD (Th. Paris.)

L'ulcère de l'estomac présente deux formes cliniques bien distinctes; la première a été appelée chronique, et la seconde, n'apparaissant qu'au moment où il s'est produit une perforation, terme ultime de toute ulcération pathologique de cet organe, a reçu le nom d'ulcère foudroyant.

L'ulcère chronique du duodénum, tout en se rapprochant de celui de l'estomac, présente quelques signes différentiels; l'ulcère perforant du duodénum, lui aussi, possède des particularités symptomatiques qui peuvent aider à le distinguer cliniquement d'une perforation stomacale ulcéreuse, l'étiologie et la pathogénie restant les mêmes pour les deux affections. En fait, les symptômes de l'ulcère perforant duodénal se réduisent presque toujours à ceux d'une péritonite par perforation. Bien que cette dernière survienne sans signes prémonitoires elle est assez souvent précédée de symptômes dyseptiques légers capables de faire soupçonner la présence d'une ulcération duodénale qui peut devenir perforante à bref délai.

Le traitement sera bien différent suivant qu'on aura à l'appliquer au moment de la période d'ulcération ou bien après la perforation. Dans le premier cas il sera absolument médical, dans le second il sera surtout chirurgical. Le traitement médical s'adressera particulièrement à la dyspepsie, seul symptôme de la lésion intestinale. Le traitement chirurgical variera suivant que la péritonite est suraiguë ou aiguë, de la laparotomie avec toilette entière du péritoine, aux simples incisions abdominales.

CH. AMAT.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse.

Dans quatre cas successifs de vomissements dits incoercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le Dr P. Fedorow (de Karkrow), a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la

dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pression sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitation des centres vaso-moteurs du tube gastro-intestinal. (*Gaz. de gynécol*, 144.)

Traitement de l'uréthrite chronique papillomateuse.

Eau distillée .... 100 grammes.
Acide trichloracétique ..... 20 —
Comme caustique, en instillations.
(M. Lans, *New-York méd. Record*, 30 avril 1892, p. 491.)

Engelures ulcérées.

Acide phénique .... 15 gouttes.
Onguent plombique .... 20 grammes.
Lanoline .... 20 —
Huile d'amendes douces .... 2 —
Huile de lavande .... 20 gouttes.
En liniment, deux ou trois fois par jour.
M. Brogg, *New-York med. Record*, 30 avril 1892, p. 491.)

BULLETIN

L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIFORME ACTUELLE

Il règne dans la banlieue de Paris, et même dans Paris, mais à un bien moidre degré, une épidémie cholériforme d'abord nettement circonscrite à la localité où elle s'est déclarée, puis étendue aux localités voisines. Cette épidémie cholériforme n'est-elle que du choléra *nostras*, ainsi qu'il s'en voit quelques cas tous les ans à cette époque, ou relève-t-elle du *choléra asiatique,* telle est la question que certains phénomènes ont amené nombre de personnes à se poser. En effet l'extension de l'épidémie, les accidents gastro-intestinaux graves qui la caractérisent, ainsi que les crampes, l'algidité, la mort parfois presque foudroyante, constituent des raisons de penser que le choléra indien est peut-être en cause.

S'agit-il des microorganismes du choléra de 1884 qui, restés latents pendant huit années, se sont à nouveau développés sous des circonstances favorables; ou d'une importation directe de date récente; ou encore une transformation de bacilles inoffensifs que nous portons en nous, le *bacillus coli commune* par exemple, en bacille coma? Toutes ces opinions ont été émises. Quoi qu'il en soit, M. le professeur Peter annonçait, il y a quelques jours, que, dans son service, le bacille virgule de Koch avait été retrouvé dans les déjections des malades atteints de la diarrhée cholériforme.

A la Société médicale des hôpitaux, séance du 15 juillet 1892, M. Netter venait confirmer l'existence du bacille coma dans les déjections des cholériques, non dans tous les cas, mais dans la plupart des cas. Ces cas positifs sont au nombre de 29 sur 49 malades. Les recherches ont été faites en même temps sur les selles recueillies pendant la vie et sur le contenu des diverses parties de l'intestin après la mort (9 cas); seulement sur les selles prises pendant la vie ou sur les flocons de mucus recueillis à la surface des chemises, des draps et autour de la marge de l'anus (17 cas); trois fois sur le contenu intestinal recueilli à l'autopsie.

Or, ces recherches ont conduit à la constatation d'un microbe qui ressemble au microbe isolé par Koch dans le choléra asiatique.

Au premier abord, malgré de très nombreux points communs dans le mode de culture des bacilles provenant du choléra de Calcutta, et dans le développement de ceux provenant du choléra de la banlieue de Paris, certaines différences avaient pu être relevées, telles qu'une réaction différente sur le lait, sur la gélatine préparée avec le pancréas, etc... D'autre part, le bacille du choléra de Cochinchine donne les mêmes réactions que le bacille de 1892, sauf encore une légère dissemblance dans la rapidité de la coagulation du lait, quand ils y sont ensemencés. Cette dissemblance n'existe plus, quand les cultures du choléra de 1892 ont un certain âge.

Aussi, si l'on avait cru, pendant un certain temps, trouver dans le lait un milieu permettant de différencier le bacille de 1892 d'avec le bacille cochinchinois, n'a-t-on pas tardé à reconnaître que cette différence n'existait point pour des cultures datant de quelque temps, et M. Netter ajoute que « force est de reconnaître que le bacille de 1892 paraît présenter une identité complète avec un bacille asiatique de provenance peu ancienne. Nous serions cependant plus disposés à voir dans le bacille cochinchinois et dans celui de la banlieue une variété particulière appartenant, sans aucun doute, au même microbe, mais légèrement différenciée et conservant ses caractères dans les transplantations successives ».

D'après ces expériences de laboratoire, d'après les phénomènes cliniques qui sont bien ceux qu'on décrit partout comme appartenant au choléra indien, il semble qu'il n'est pas douteux qu'on soit en présence de cas de choléra asiatique. Tous les cas appartiennent-ils à ce choléra? Sur 49 malades, M. Netter, vingt fois, n'a pas retrouvé le bacille virgule et n'a constaté que le bacille *coli commune*. Plusieurs des malades n'en sont pas moins morts avec une symptomatologie analogue à celle du choléra : diarrhée avec selles parfois absolument riziformes, vomissements, crampes, hypothermie, anurie, etc., etc.

Aussi, que l'épidémie actuelle soit due au bacille coma ou au bacille coli commune, devenu offensif sous l'influence de certaines conditions, il n'en reste pas moins acquis que la mort peut se produire avec les mêmes phénomènes et, parfois, avec la même rapidité dans les deux cas. Et le résultat pratique des recherches de laboratoire et de l'observation clinique, est de suivre des précautions hygiéniques extrêmement rigoureuses, et surtout de s'abstenir de cette eau contaminée qui nous est distribuée si généreusement.

NOTES ET INFORMATIONS

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. — Bruxelles. Septembre 1892. — Le premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se réunira à Bruxelles sous la présidence du professeur Kufferath.

Ce congrès, dont les présidents d'honneur sont pour la France : MM. Budin, Demons, Fauchier, Gaulard, Grynfelt, Hergott, Laroyenne, Lefour, Péan, Tarnier, s'annonce comme un grand succès, car il y a déjà plus de 200 adhésions.

Ci-joint le programme détaillé des actes du Congrès.

Mardi 13 *septembre*. — 9 heures du soir. Raout. Concert offert à MM. les membres du Congrès, par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique à l'Université de Bruxelles.

Mercredi 14 *septembre*. — 2 heures du soir. Séance d'ouverture du Congrès. Ouverture de l'exposition.

Cette exposition comprend : 1° l'exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique, au Palais des Académies ; 2° une exposition particulière comprenant les collections d'instruments, pièces anatomiques, etc., des Universités belges, à la Maternité de Bruxelles.

7 heures du soir. Fête.

Jeudi 15 septembre. — 8 heures du matin. Visite des hôpitaux. Expositions.

10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications diverses.

2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 1re question à l'ordre du jour : Des suppurations pelviennes.

9 heures du soir. Réception des membres du Congrès par M. le ministre des travaux publics en son hôtel ministériel.

Vendredi 16 septembre. — 8 heures du matin. Visite des hôpitaux. Expositions.

10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications diverses.

2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 2e question à l'ordre du jour : Des grossesses extra utérines.

7 heures du soir. Représentation de Gala à l'Opéra.

Samedi 17 septembre. — 8 heures du matin. Visite des hôpitaux. Expositions.

10 heures du matin. Séance du Congrès. Communications et démonstrations.

2 heures du soir. Séance du Congrès. Discussion de la 3e question à l'ordre du jour : Du placenta prævia.

4 heures du soir. Séance de clôture.

7 heures du soir. Banquet offert aux membres du Congrès par la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.

Dimanche 18 septembre. — Excursions diverses.

Les communications et démonstrations devront être annoncées autant que possible avant le 1er août 1892.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Auvard, secrétaire spécial pour la France, 58, rue de la Boëtie, à Paris ou au secrétariat général à Bruxelles.

Congrès de la tuberculose. — Les questions mises à l'ordre du jour pour le 3e Congrès, qui aura lieu à la fin de juillet 1893, sont les suivantes :

1. Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose.

2. Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose. Du rôle de certaines d'entre elles dans la localisation de la tuberculose; par exemple : de la blennorrhagie dans l'éclosion de la tuberculose du testicule, de la grippe dans l'apparition ou l'aggravation de la tuberculose pulmonaire, etc.

3. Des trêves de la tuberculose. De la durée de ces trêves. Des moyens de les reconnaître et de prévoir leur cessation. Des causes de la récidive.

4. Des divers moyens de diagnostic de la tuberculose bovine; en particulier, rechercher si l'inoculation de la tuberculine est un moyen sûr et certain d'établir le diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

5. Des dangers qui peuvent provenir de l'inhumation des cadavres de tuberculeux. De l'opportunité de remplacer l'inhumation par la crémation; de la nécessité de détruire les bacilles tuberculeux dans les cadavres.

6. Des nouveaux modes de traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, basés sur l'étiologie.

7. Utilité de la généralisation du service d'inspection des viandes.

Nous rappelons qu'*un prix de 3,000 francs* sera donné au meilleur travail sur la question suivante : *Sur les moyens de diagnostiquer la tuberculose latente, avant son apparition ou après sa guérison.*

Envoyer les mémoires, inédits et écrits en français, avant le 1er avril 1893, à M. le Dr L.-H. Petit, 76, rue de Seine.

Ces mémoires devront être accompagnés d'une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté ministériel en date du 4 juillet, les chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique sont déclarées vacantes. — Un délai de vingt jours à partir de la publication du dit arrêté est accordé aux candidats, pour produire leurs titres.

— Nous recevons le premier numéro d'une nouvelle revue de chirurgie française : les *Archives provinciales de chirurgie*, paraissant tous les mois à Paris. Fondée par un certain nombre de jeunes chirurgiens de province. Cette revue a pour rédacteur en chef notre confrère, M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*. C'est une véritable tentative de décentralisation chirurgicale, qui s'explique par les progrès croissants de la chirurgie moderne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

La vision chez les idiots et les imbéciles, par les Drs Mabille et Bonnet, anciens internes des asiles de la Seine. Grand in-8° de 140 pages, avec figures et deux planches en couleurs. Prix : 4 francs.

Hygiène des dents et de la bouche, par le Dr A. Dam. — In-18 de 150 pages, cartonnage souple. Prix : 2 fr. 50.

Polypes muqueux des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. — Une brochure in-8° de 80 pages. Prix : 2 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 10 au 16 juillet 1892

Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 1. — Rougeole, 24. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 15. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 151. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 35. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 45. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 59. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 170. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 4. — Total 925.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 31 — 30 Juillet 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN SYSTÈME TUBULAIRE SPÉCIAL DES NERFS (1)

Par MM. Paul Blocq et G. Marinesco.

Au cours d'un examen nécroscopique que nous venons de pratiquer dans le service de M. le professeur Charcot, d'un cas de myopathie primitive, de la forme Landouzy-Dejerine, qui nous a révélé du reste l'intégrité du système nerveux central et périphérique, nous avons observé que la coupe de certains nerfs présentait des figures spéciales.

Sur des coupes transversales portant sur la totalité du nerf radial fixé par l'acide osmique, on remarque à l'œil nu, et mieux encore, à un faible grossissement, des aires qui tranchent par leur couleur claire sur le reste des faisceaux nerveux.

Leur forme est irrégulièrement ovoïde ; elles sont situées sur une même partie de la périphérie des faisceaux nerveux, et regardent toutes du même côté, tant par rapport à l'axe des fascicules qu'elles occupent, que par rapport à l'axe du nerf tout entier. Sur vingt-quatre fascicules que nous avons comptés dans la section transversale du nerf, elles se trouvent dans dix fascicules. Dans chacun de ces fascicules, elles n'en occupent guère que la dixième partie.

Parfois, il n'existe qu'une seule de ces aires claires dans un fascicule, parfois on en compte deux ou trois, soit réunies, soit séparées par quelques filets nerveux.

Nous décrirons d'abord une de ces aires, choisie parmi celles qui présentent l'apparence la plus caractéristique. Elles sont limitées, du côté de la périphérie du fascicule nerveux par une formation lamelleuse qui résulte de l'hyperplasie de la couche profonde du périnèvre, et, du côté central, par le tissu intra-fasciculaire du fascicule nerveux. L'espace ainsi circonscrit, qui forme l'ensemble du système, est occupé par des figures qui ressemblent à des sections de tubes coupés transversalement, et sont au nombre de deux ou trois ; on peut, par suite, décrire à ces dernières figures, une paroi et un contenu. La *paroi* se compose de lames fibrillaires stratifiées, ressemblant aux gaines lamelleuses de Ranvier, dans l'intervalle des lamelles desquelles se trouvent parfois des cellules plates. Le *contenu* est constitué par des éléments d'aspect cellulaire en nombre véritable. Ceux-ci, qui peuvent atteindre jusqu'à 20 à 25 μ, ont une forme généralement arrondie, limitée par un contour parfois simple, parfois double ou triple, et présentent dans

(1) Soc. de biologie, séance du 16 juillet 1892.

FEUILLETON

LA MÉDECINE DE COLONISATION EN ALGÉRIE

(*Suite et fin*) (1)

Mais, dira-t-on, il y a compensation à tous ces déboires. Le médecin de colonisation a une position sociale, sinon des plus enviables, du moins respectable ; rien que ses titres universitaires le recommandent déjà à l'estime publique. Eh bien, non ! Et la boutade suivante, que j'ai intercallée dans ma brochure intitulée : « Conférence scientifique faite à Bugeaud le 29 avril 1888 », vous en dira plus que toutes les dissertions sur ce thème. Cette boutade, la voici :

« La médecine de colonisation », ai-je dit au Congrès d'Oran « de l'Association française pour l'avancement des sciences (1), « est une œuvre non achevée. Il y a dans cette œuvre des « lacunes que je signalerai dans un travail que je publierai plus tard. Aujourd'hui je dirai que le médecin de « colonisation est presque toujours entre trois seigneurs, « Déjà avec deux seigneurs il y a du fil à retordre, jugez un « peu lorsqu'il y en a trois. Et moi qui en ai quatre ! Oui, « quatre : l'Administration, la municipalité de Bugeaud-« Herbillon, les colons de Bugeaud-Herbillon et la Société « anonyme des lièges de l'Edough. Vous voyez que je « m'exprime avec beaucoup de modération, car en dédoublant « les municipalités et les colons de Bugeaud et d'Herbillon, je « pourrais dire, sans exagération aucune, que j'ai six seigneurs. « Tous ces seigneurs, sauf le Gouvernement de l'Algerie, peu-« vent, à un moment donné, tous ensemble ou séparément, « porter plainte contre le médecin de colonisation, à celui-ci

(1) Voir les numéros 27, 28, 29 et 30.

(1) V. Compte rendu de la 17e session, 1888, p. 217.

leur intérieur des corps chromatiques, qu'on prendrait, au premier abord, pour des noyaux, mais qui rappellent aussi l'aspect d'une coupe de cylindre-axe. Entre la paroi de ces pseudo-cellules et leur substance chromatique, il n'existe *aucune apparence protoplasmique*. Souvent on trouve autour de cette substance chromatique des granulations, mais ce sont des granulations de myéline. Parfois, le contour de ces éléments se plisse de telle sorte que l'élément se trouve divisé en un certain nombre de loges, qui rayonnent autour du corps chromatique central. Il en résulte, alors, un aspect *corolliforme*. Il arrive aussi que la substance chromatique se dispose de telle façon qu'elle donne l'illusion d'un leucocyte polynucléé.

D'autres de ces éléments présentent des formes un peu différentes, dans le détail desquels nous n'entrerons pas.

Il est de ces aires ou de ces systèmes, qui offrent une apparence moins compliquée ; ils sont constitués par un espace limité simplement par le périnèvre et l'endonèvre, et où se trouvent un ou deux des éléments que nous venons de décrire.

Sur des coupes longitudinales, où les aires en question sont plus difficiles à trouver, on les voit constituées par des tubes, parallèles à l'axe du nerf et qui s'étendent sur une longueur de 4 à 5 millimètres. Ces tubes ont des limites confuses, et on retroove dans leur cavité les mêmes éléments. Toutefois, certains détails permettent de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la signification qu'ils paraissent avoir. On y voit, en effet, parfois des fibres nerveuses ou des fragments de fibres reconnaissables à leur cylindre-axe, et aux granulations de myéline qui l'entourent bien que ces fibres soient notablement modifiées.

Nous avons recherché, si des formations analogues n'auraient pas été décrites par d'autres observateurs, et quelle interprétation leur aurait été alors attribuée. M. Renaut (1), dans son étude sur la structure des nerfs chez les solipèdes, décrit un tissu qu'il appelle *système hyalin intra-vaginal*, et il est facile d'après la description qu'il en donne de se rendre compte que ce système est l'analogue de notre système tubulaire. Cet auteur pense qu'il s agit là d'un appareil de perfectionnement, dont le rôle, par rapport au faisceau primitif, serait identique à celui que joue la myélite par rapport au cylindre-axe.

M. Rakhmaninoff (1) a rencontré, dans des cas de névrite, des formations particulières qui se rapportent évidemment aux systèmes en question. Il rappelle qu'il n'a trouvé de description les concernant que dans les travaux d'Oppenheim et Siemerling (2), et que ces auteurs les considéraient comme des vaisseaux oblitérés, opinion que lui-même ne partage pas. Il croit qu'il s'agit de *corpuscules à structure alveolaire* et qui n'apparaîtraient que dans les cas de dégénération des nerfs.

Nous rapprocherons l'un de l'autre les travaux qui concernent, à notre avis, les mêmes systèmes, travaux de Langhans (3), et de Kopp (4), son élève. Langhans, qui décrit ces formations avec beaucoup de soin, dit qu'elles ont été mentionnées par divers auteurs (Trzebinski, Schültze, Joffroy et Achard, Holschewnikoff, Rosenheim, Arnold, Stadelman et Noone), dans des états pathologiques différents. Il est d'avis, et Kopp confirme cette manière de voir, que ces formations, qu'ils ont tous deux rencontrées, surtout dans le myxœdème pathologique ou expérimental, dans le crétinisme, et dans le goitre, constituent des *altérations spécifiques* appartenant en propre à la cachexie strumiprive, et, ils se demandent, si des troubles de la thyroïde n'auraient pas existé dans les cas précités, où d'autres auteurs ont observé des formations de ce genre.

Nous ne discuterons pas l'hypothèse que nous trouvons très vraisemblable, qui a été formulée par M. Renaut sur ces systèmes, mais nous ne saurions adopter la dénomination de *systèmes hyalins*, proposée par cet observateur, car le qualificatif préjuge de la nature des éléments, et le mot hyalin prête à la confusion.

(1) Renaut. *Recherches sur quelques points de l'histologie des nerfs.* (*Archives de physiologie*, 1881, p. 161.)

(1) Rakmaninoff. *Névrite périphérique.* (*Revue de médecine*, avril 1892, n° 4, p. 335.)

(2) Oppenheim et Siemerling. *Beitrage zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenkrankungen.* (*Arch. f. Psychiatrie*, 1887, XVIII, p. 98, 487.)

(3) Langhans. *Ueber Veränderungen in den peripherische Nerven bei Kachexia thyreopriva des Menschen.* (*Arch. de Virchow*, CXXVIII Band, 1892.)

(4) Kopp. *Veränderungen in Nervensystem.* (Th. inaug., Berlin, 1892.)

« qui le paye et dont il est employé, et, comme tel, permutable d'office. Fort heureusement pour nous, médecins de « colonisation, l'Administration supérieure est à notre égard « quelque peu routinière, dans la bonne acception du mot; « elle n'aime pas à faire voyager ses *pauvres médecins de campagne officiels*, le vrai titre, selon nous, des médecins de « colonisation.

« M. le Gouverneur général Tirman, surtout, n'a pas été « favorable à ces pérégrinations, et dans mon travail mentionné, je citerai des faits qui prouvent que les seigneurs « n'obtiennent pas toujours auprès de lui une solution favorable à leurs plaintes.

« Quoi qu'il en soit, quand il y a plainte d'un seigneur, le Gouvernement fait généralement la sourde oreille; mais quand « il y a plaintes, même parfois mal fondées, de deux ou de tous « les seigneurs. absolument incompétents, comme je l'ai déjà « dit, que faire? Dans ces cas, malgré toute la mauvaise volonté dont il fait preuve en pareille circonstance, le Gouvernement est bien obligé, rien que pour avoir la paix, de faire « comme ces évêques auxquelles les ouailles d'un bon pasteur « quelconque adressent, raisons plus sangrenues les unes que « les autres à l'appui, plaintes sur plaintes : ils changent le « curé de résidence et lui donnent, dans la généralité des cas, « un poste supérieur. Très intelligent, vous le voyez, le système des évêques Avec tout cela, pas commode la situation « du médecin de colonisation! Il peut parfaitement se dire, le « jour où il a été agréé comme tel : « Dorénavant mon logement sera un campement, mais d'un autre côté je pourrai « économiser les frais de représentation que m'impose ma condition. C'est comme dans tout bon commerce : il y a perte, « mais aussi il y a profit, profit extrêmement précieux pour le « médecin de colonisation dont les recettes, comme traitement « et autres, sont assez modestes et équilibrent avec peine les « faux frais de déplacements presque constants auxquels l'astreint sa qualité de médecin-voyageur, et même, parfois, de « médecin migrateur. Je me propose de traiter à fond toutes

Il ne nous paraît pas, non plus, qu'on puisse s'en tenir à l'opinion de MM. Oppenheim et Siemerling, car les figures ne se rapportent nullement à celles que donneraient des vaisseaux oblitérés.

Quant à la manière de voir de M. Rakhmaninoff, à savoir : qu'il s'agirait de l'hypertrophie pathologique du tissu conjonctif de consistance gélatineuse situé à la périphérie du nerf, elle ne s'accorde pas avec le fait que nous avons observé, et qui a trait à un nerf normal.

La même considération suffit à nous faire douter de la valeur spécifique attribuée par Langhans et Kopp aux « cellules vésiculeuses » dans le myxœdème. Nous avons vu des images tout à fait identiques à celles que ces auteurs représentent, et cependant le nerf que nous examinions était normal, et de plus, la malade que nous avons observée pendant des années et jusqu'à sa mort, n'a jamais présenté ni myxœdème, ni goitre, ni crétinisme.

Nous serions disposés, pour notre part, à admettre que la nature et la signification de ces formations est la suivante :

L'étude histologique que nous avons poursuivie nous porte à croire que ces formations représentent des *tubes nerveux profondément modifiés*. Leur paroi lamelleuse ne serait autre qu'une gaine lamellaire modifiée ; les apparences nucléaires qu'offrent les éléments chromatiques, proviendraient de la segmentation de cylindres-axes. Nous sommes confirmés dans cette opinion non seulement par la présence autour de ces éléments de granulations de myéline, mais encore par cela, que nous avons pu distinguer nettement un fragment de tube nerveux dans certaines figures ; l'absence de protoplasma, qui a préoccupé Langhans et Kopp, s'explique facilement selon cette hypothèse. Quant aux apparences corolliformes (Blasenzellen), elles sont le fait du plissement de la gaine conjonctive du tube nerveux.

Si l'on tient compte de ce que les auteurs ont rencontré ces formations dans presque tous les nerfs périphériques, et spécialement en certains points de leur trajet, ce qui explique qu'elles aient échappé à d'autres, de ce que M. Renaut les a notées à l'état physiologique chez les solipèdes, enfin de ce que les observateurs les ont signalées dans des états pathologiques qui n'ont rien de commun, il est naturel de penser, et le cas que nous présentons est une éclatante démonstration de cette manière de voir, qu'il s'agit là d'une *disposition normale*.

En résumé, ces formations que nous désignerons sous le nom de *systèmes tubulaires*, en raison de leur structure histologique (qui les montre composées de tubes et non pas de cellules), constitueraient un appareil organique, qui existe à *l'état normal* dans les nerfs de l'homme, et qui dérive d'une transformation de certaines fibres nerveuses, en vue d'un but qui reste à déterminer.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

SUR UNE NOUVELLE LEUCOMAÏNE (1)

Par M. A.-B. Griffiths.

En 1881, M. Armand Gautier a découvert une nouvelle classe d'alcaloïdes dérivés des matières protéiques. Il a donné le nom de *leucomaïnes* à ces bases, qui se forment dans les cellules vivantes et s'éliminent en partie par les urines.

En partant des résultats déjà obtenus sur ces alcaloïdes curieux, je suis arrivé à extraire une nouvelle leucomaïne des urines des épileptiques. La méthode que j'ai employée est la suivante :

Une quantité considérable d'urine est alcalinisée par addition d'un peu de carbonate de soude et agitée ensuite avec son demi-volume d'éther. Après dépôt et filtration, l'éther est agité avec une solution d'acide tartrique, qui s'empare de la leucomaïne pour former un tartrate soluble. Le liquide est encore alcalinisé par du carbonate sodique, et agité avec la moitié de son volume d'éther. La solution éthérée est laissée à évaporer spontanément : la leucomaïne reste comme résidu.

La leucomaïne qu'on extrait des urines des épileptiques est une substance blanche, qui cristallise en prismes obliques, soluble dans l'eau, à réaction faiblement alcaline. Elle forme un chlorhydrate et un chloraurate cristallisés ;

(1) Note lue à l'Académie des sciences (séance du 18 juillet 1892).

« ces questions dans ma « Médecine de colonisation en Algérie » « que je publierai plus tard, ainsi que je vous l'ai déjà dit. Pour « le moment cette esquisse doit vous suffire pour vous rendre un « compte exact de ce que je suis comme médecin de colonisation, surtout si je vous rappelle que jusqu'ici le Gouvernement n'a jamais reçu de plaintes contre moi et que les municipalités de Bugeaud et d'Herbillon m'ont voté des remerciements. »

Et les avantages réels attachés à son poste, par exemple son avancement ? Si l'on se rend bien compte de la situation faite au médecin de colonisation, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'en réalité il est point ou peu contrôlé. Il y a bien certaines feuilles signalétiques signées d'abord par le maire et contresignées par le sous-préfet et le préfet ; or, peut-on prendre en sérieuse considération les jugements portés par les maires sur les capacités professionnelles du médecin de colonisation ? Il y a encore le Comité départemental qui élabore des propositions d'avancement, mais là encore, sur cinq membres du Comité, il y a trois médecins dont, en réalité, un seulement, le délégué des médecins de colonisation, peut fournir des renseignements exacts sur la valeur professionnelle des candidats à l'avancements ; autant vaut-il créer des médecins-inspecteurs départementaux qui auront au moins l'autorité voulue pour motiver le choix à l'avancement ou à la récompense. Et ce n'est encore que le petit côté de la question. L'article 28 du décret de 1883 dit que la proportion dans chaque classe est : 1re classe 1/10e de l'effectif, 2e classe 2/10e, et ainsi de suite ; en bon français cela signifie que vous aurez beau avoir 15, 20 ans et plus de service, vous distinguer d'une manière exceptionnelle et mériter l'estime particulière des autorités supérieures, celles-ci ne pourront vous accorder de l'avancement que si l'effectif n'est pas au complet. Voilà le grand et en même temps le dangereux côté de la question, dangereux, parce que c'est lui qui est et sera la cause du peu d'empressement que mettront les médecins de valeur à postuler la place de médecin de colonisation. Si au moins au bout de quelques années de sa pénible carrière

le chlorure mercurique forme avec elle un précipité blanc avec l'acide phosphotungstique, blane brunâtre avec l'acide verdâtre ; le nitrate d'argent, un précipité jaunâtre. Elle donne un précipité blanc phosphomolybdique, jaune avec l'acide tannique.

Ces analyses assignent à cette nouvelle leucomaïoe la formule $C^{12}H^{16}Az^{5}O^{7}$.

Cette leucomaîne vénéneuse produit les tremblements, les évacuations intestinales et urioaires, la dilatation pupillaire, les convulsions, et enfin la mort.

REVUE CRITIQUE

LE BAIN FROID DANS LE TRAITEMENT DES PNEUMONIES GRAVES.

La question du rôle thérapeutique des bains froids est depuis longtemps à l'ordre du jour, et elle n'a encore rien perdu de son intérêt, comme on peut s'en assurer par les communications qu'elle inspire périodiquement. Tout récemment, c'était M. Juhel-Renoy qui revenait sur ce sujet, avec lequel il est familiarisé de longue date, et qui exposait les résultats d'une enquête personnelle instituée auprès des médecins des hôpitaux parisiens, à l'effet de connaître lenr opinion sur la valeur d'une méthode dont il s'est fait le vulgarisateur convaincu. Des reponses reçues par notre confrère et des documents rassemblés par lui, il ressort que le nombre des adversaires de cette méthode a diminué et que, simultanément, celui de ses adhérents a sensiblement augmenté. C'est là un succès relatif qui est peut-être nn acheminement vers une généralisation pour laquelle l'étranger nous aura précédé depuis longtemps. En tous cas les opposants de la première heure paraissent fléchir dans leur résistance, et il semble que le système de Brandt soit à la veille de conquérir chez nous la place que lui méritent ses longs et incontestables services. Il est vrai que ces considérations s'appliquent surtout à la fièvre typhoïde, spécialement visée par les partisans du système. Mais elles sont également à leur place, lorsqu'il s'agit d'autres maladies aiguës, car pour toutes, l'opportunité du bain froid et son utilité ont été discutées et contestées et le droit de l'introduire dans la thérapeutique de ces maladies a dû être emporté, en quelque sorte, de haute lutte.

Nous pourrions rappeler ici toutes les critiques formulées à l'occasion de l'emploi de ce moyen dans le traitement des fièvres éruptives graves (rougeole, scarlatine). Les objections n'ont pas manqué, pour la plupart théoriques et préconçues, ce qui, du reste, n'a pas empêché la réfrigération d'affirmer sa haute valeur thérapeutique et de produire de véritables guérisons De même, et peut être plus encore quand on a voulu l'appliquer au traitement de la pneumonie. Les initiateurs de cette application ont eu à lutter ici contre des préjugés particulièrement tenaces, et contre une opposition difficile à réduire. Ponrtant les résultats cliniques sont là, tout à fait favorables à la méthode. Pour les apprécier, il suffit de parcourir quelques uns des mémoires et des communications qui ont été consacres à ce sujet. Parmi ces travaux, nous citerons la thèse inaugurale de M. Henault, datée de 1890. Cette thèse a pour base une série de 21 observations, pour la plupart empruntées à des médecins dont l'autorité leur confère une valeur décisive. Dans ces observations, il s'agit, bien entendu, de pneumonies graves, car ce sont les seules qui puissent motiver l'intervention de la médication réfrigérante. Hyperpyrexie prononcée, état adynamique, prostration des forces, etc., etc, tels étaient les phénomenes relevés chez tous les malades et qui avaient inspiré la décision prise.

Dans un premier gronpe de 9 cas, M. Henault relève d'abord l'innocuité du bain froid, la facilité avec laquelle il a été accepté par les sujets, puis son action manifestement sédative qui s'est traduite par un soulagement marqué chez chacun des malades.

L'abaissement de la températnre, la diminution de la fréquence du pouls et de la respiration, l'apaisement de la soif et le réveil de l'appétit permettant une alimentation plus abondante, tels ont été les remarquables effets constatés. Et on doit forcément rapporter ces effets au bain froid, car aucune autre médication n'avait été parallèlement instituée. Les 12 cas restants ne sont guère moins heureux et l'on y retrouve l'influence bienfaisante de la balnéation venant, au moment voulu, diminuer et même faire disparaître l'hyperpyrexie. Il y a toutefois un cas défavorable, un cas d'hépatisation grise terminé par la mort. Mais l'état antérieur du malade était détestable, au point que le pronostic de toute maladie aiguë intercurrente pouvait en être considéré comme aggravé par avance.

---

il entrevoyait la possibilité d'obtenir une concession. Point du tout! car il est de principe gouvernemental de ne pas accorder de concessions aux fonctionnaires.

Et la retraite? Parlons un peu de celle-ci. La loi du 9 juin 1853 sur les pensions de retraite a divisé les fonctionnaires en deux catégories : ceux du service actif et ceux du service sédentaire. S'il y a un service actif, c'est bien celui du médecin de colonisation dont la circonscription a parfois une étendue de cent mille hectares et au delà. Eh bien, chose incroyable, son service est envisagé comme sédentaire! Trente ans de la vie de médecine de colonisation, trente ans de vie errante par tous les temps et dans des régions le plus souvent paludiques, et seulement lorsqu'il est complètement usé, sinon infirme ou impotent, la retraite! N'avait-il pas raison ce confrère, médecin de colonisation démissionnaire, lorsqu il me disait : « La retraite! mais c'est comme la 1re classe ; j'aurais le temps de mourir deux fois avant d'y arriver. »

Après tout ce que j'ai en l'honneur de vous exposer, vous conclurez avec moi qu'il était opportun de vous faire connaître l'organisation en Algérie de la médecine de colonisation, laquelle, reorganisée conformément aux nouveaux besoins de notre colonie, lui rendra très certainement de grands services. Il ne s'agit plus de remanier tel ou tel arrêté ou décret; il faut viser plus haut et asseoir la médecine de colonisation sur des bases scientifiques, et partant nouvelles. Il faut ou bien la laisser en dehors de toute attache administrative, c'est-à-dire envisager le traitement actuel de 1re classe, au moins, comme prime d'encouragement aux docteurs-médecins qui voudront bien, après un concours dans une de nos facultés, venir s'installer en Algérie et accepter certaines conditions imposées par le Gouvernement, telles que le traitement gratnit des malades indigents, etc., ou bien hiérarchiser complètement la médecine de colonisation actuelle, c'est-à-dire rétablir le Conseil snpérieur d'assistance médicale et créer des médecins-inspecteurs départementaux.

D'ancuns trouveront peut-être qne j'ai un peu exagéré la

Et pourtant, même dans ce cas, l'intervention du bain froid avait produit un soulagement marqué, bien que simplement momentané. En résumé, l'analyse de ces faits nous montre l'influence bienfaisante de la médication réfrigérante chez des pneumoniques considérés comme justiciables d'un pronostic grave. Sous son influence on a vu l'hyperpyrexie disparaître et on a pu très nettement conjurer un accident très redoutable qui paraît lié étroitement à l'élévation de la température: l'adynamie cardiaque. Ainsi, on peut conclure d'une manière générale, et autant que le permet une statistique de 21 cas, à l'utilité du bain froid dans le traitement de certaines pneumonies.

Il est à peine besoin d'ajouter que cette action utile a ses limites, et que le bain froid, médication purement symptomatique, ne saurait prétendre à exercer d'influence réelle sur l'évolution de la maladie. En effet, cette évolution est réglée d'avance, d'après les lois qui régissent le cycle des maladies infectieuses et il n'est au pouvoir d'aucune méthode thérapeutique de la modifier. Aussi doit-on chercher d'un autre côté l'explication du mode d'action et des effets de l'eau froide.

Cette dernière question a été précisément très discutée, nous pourrions même dire trop discutée: car en matière de thérapeutique les théories importent moins que les résultats, et on peut, à la rigueur, se passer d'hypothèses quand ces résultats sont heureux. On retrouve ici les mêmes divergences que celles qui se sont fait jour à propos de l'application du système de Brandt au traitement de la fièvre typhoïde.

Pour expliquer la gravité de certaines pneumonies, les uns ont incriminé exclusivement les lésions pulmonaires, qui représenteraient à leurs yeux l'élément capital et prépondérant de la maladie. Les autres ont mis au premier plan les phénomènes généraux, et notamment l'hyperthermie avec ses conséquences presque obligées: adynamie générale et affaiblissement du cœur, admettant par là que la pneumonie tue bien plutôt par l'atteinte portée à l'ensemble de l'individu que par la lésion locale elle-même. Il en est d'autres qui ont invoqué une explication plus détournée, et qui ont incriminé un véritable empoisonnement du sang par les produits toxiques résultant de la résorption de l'exsudat pneumonique ou de la mise en liberté des déchets provenant de l'usure fébrile. Voilà les trois théories principales, et en apparence peu conciliables: chacune d'elles a trouvé des adhérents d'une autorité incontestable. En réalité, il est présumable que chacune d'elles représente une part de vérité.

En effet, si l'on cherche à interpréter les causes de la mort dans la pneumonie, on doit reconnaître d'abord que la lésion pulmonaire peut jouer un rôle considérable, même décisif dans cette terminaison fâcheuse. C'est elle seule qui compromet l'intégrité du champ de l'hématose, et qui limite l'amplitude des respirations, en produisant du côté de la petite circulation une augmentation de résistance qui mène directement à l'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire à une sorte d'asystole aiguë au bout de laquelle on entrevoit la menace de l'arrêt définitif des contractions du cœur. Cette dernière éventualité peut aussi être le résultat de l'hyperthermie, un autre élément d'une gravité extrême qui tient sous sa dépendance des actes très importants, comme ceux de la nutrition intime des tissus: car on comprend sans peine que l'altération du myocarde se produira plus vite et plus sûrement chez un pneumonique livré à une calorification excessive et prolongée. En troisième lieu, il ne paraît pas contestable que la viciation du sang puisse jouer aussi un rôle nocif, car, d'une part, la dépuration urinaire se trouve amoindrie pendant la période d'état de la maladie, et, d'autre part, il y a surabondance des déchets de l'usure fébrile dans le sang. On voit donc que les facteurs de gravité dans la pneumonie sont en réalité nombreux et complexes, de telle sorte que, dans la pratique, il y a plusieurs sources d'indications auxquelles le médecin devra s'efforcer de satisfaire s'il vent faire de la thérapeutique à la fois rationnelle et efficace.

C'est précisément l'avantage des bains froids de pouvoir satisfaire simultanément à ces différentes sources d'indications; et c'est un avantage qu'il possède à peu près exclusivement, d'où son indéniable supériorité sur les autres indications. Ainsi, d'après M. Hénault, nul moyen n'est plus propre à prévenir l'insuffisance cardiaque on à la combattre quand elle est déclarée, car il réalise mieux que tout autre les conditions nécessaires pour cela;

1° Abaisser la température;

2° Tonifier le système nerveux et l'économie en général.

L'action sur la température est incontestable, de l'aveu de tous: elle est supérieure à celle que l'on obtient avec la plupart des médicaments dits antipyrétiques. Ajoutons que le bain

---

pénible situation des médecins de colonisation algériens; qu'il y en a qui se font de 8,10, même 15.000 fr. de revenu par an, et qu'en Algérie, il y a des fonctionnaires dont la situation est aussi, sinon plus précaire que celle des médecins de colonisation. Des médecins de colonisation à revenu de 15.000 fr. je n'en connais pas. Il y en a bien quelques-uns qui arrivent à 8 ou 10.000 fr. de revenu par an, mais c'est l'exception et j'ai parlé de la règle; je pourrais d'ailleurs prouver facilement que ces sommes sont à peine suffisantes pour équilibrer le budget du médecin de colonisation, père de famille et obligé d'élever ses enfants. Quant à l'argument qui consiste à comparer les médecins de colonisation à d'autres fonctionnaires et de mettre en parallèle des situations absolument hétérogènes, je ne lui ferai pas l'honneur de le discuter.

Qu'il me soit permis, Messieurs, avant de terminer ma communication d'exprimer au Gouvernement général de l'Algérie notre gratitude pour la bienveillance qu'il a témoignée, et témoigne constamment, au service médical de colonisation, et à laquelle je dois l'honneur de me trouver au milieu de vous. Je me permets d'adresser personnellement mes sentiments de reconnaissance à M Tirman, ex-Gouverneur général de l'Algérie, qui a toujours défendu nos intérêts et ne s'est jamais prêté volontairement aux petites rancunes locales, voire même départementales, ni aux dénonciations malveillantes dirigées contre certains médecins de colonisation. J'aurais pu même exécuter ma promesse, faite en 1888 dans une « Conférence scientifique » et vous citer des faits extrêmement curieux à cet égard, mais ils sont tellement drôles que je les abandonne volontiers à un futur Wittkowski (1), auquel je promets d'avance une ample moisson pour son histoire anecdotique de la médecine de colonisation algérienne.

CONCLUSIONS

Comme corollaire de cette communication, il me reste à en tirer les conclusions suivantes :

(1) Wittkowski. *Histoire anecdotique de la médecine*, etc.

froid échappe à tous les reproches que l'on peut adresser à cette dernière classe de médicaments, reproches qui visent principalement leur action débilitante et même toxique vis-à-vis du cœur et des vaisseaux. De même pour l'action tonique, si importante, si désirable, quand il s'agit de malades chez lesquels le système nerveux présente habituellement les signes d'un affaiblissement très marqué. Nul moyen ne peut être ici comparé de bain froid, sons le rapport de l'énergie et de la rapidité d'action. Cette action bienfaisante vis-à-vis des phénomènes nerveux est même si prononcée qu'elle autorise au besoin, l'emploi précoce des bains comme préventif de ces mêmes phénomènes. Dans ce dernier cas on aurait pour se justifier, l'autorité des partisans de Brand qui prétendent avoir supprimé les complications et diminué parallèlement la mortalité chez les typhiques, grâce à l'application précoce, et en quelque sorte préventive, de leur méthode. Enfin il n'est pas jusqu'à l'action diurétique des bains qui n'ait son importance, car cette action est souvent marquée, presque toujours appréciable, et elle vient s'ajouter aux autres effets utiles et compléter en quelque sorte la série des indications. On voit donc que la question du rôle du bain froid chez les pneumoniques peut théoriquement se résoudre par l'affirmative. Et dès lors toutes les objections formulées contre lui seront appréciées à leur juste valeur, la plupart d'entre elles ayant d'ailleurs été réduites à néant par les résultats de l'expérience.

Ces objections sont pourtant nombreuses et, dans sa thèse, M. Henault a pris soin de les discuter pour écarter résolument toutes celles qui sont en désaccord avec les faits. Une des principales est celle d'après laquelle le bain froid exposerait aux congestions viscérales et particulièrement à celle du poumon. Or, la plus simple observation démontre que cette imputation est mal fondée. En réalité, on constate plutôt l'effet contraire, c'est-à-dire la libération progressive des parenchymes engorgés. On peut en dire autant de cette autre objection, à savoir que le bain froid exposerait le malade à contracter une nouvelle pneumonie qui, venant s'ajouter à la première augmenterait encore les chances de collapsus cardiaque et d'asphyxie : car cette opinion trouve un démenti formel dans les statistiques dressées à l'occasion de la méthode de Brandt. En effet, l'examen de ces statistiques prouve que depuis l'application courante de cette méthode au traitement de la fièvre typhoïde, la fréquence des complications pulmonaires dans cette maladie a sensiblement diminué Or, c'étaient là les deux objections capitales, celles qui devaient avoir le plus de prise sur les esprits timorés, sur les hésitants et les tièdes. Une fois écartées, il ne reste plus d'arguments sérieux, et il n'y a plus que des contre-indications dont la valeur n'est d'ailleurs contestée par personne. M. Henault met au premier rang de celles-ci l'altération du cœur et des vaisseaux, les myocardites, l'artério-sclérose. C'est vraisemblablement parce que ces altérations sont très communes dans la vieillesse, que l'âge avancé des sujets devient une contre-indication à peu près absolue. Chez les sujets plus jeunes, on pourrait à la rigueur passer outre, mais à la condition de faire parallèlement un usage généreux des toniques et des stimulants. Les boissons chaudes, le café, l'alcool à haute dose trouvent ici leur emploi rationnel, à l'effet de combattre l'action hyposthénisante et dépressive d'ailleurs très passagère de l'eau froide.

En résumé, on peut dire, avec tous ceux qui ont expérimenté sincèrement la méthode, que le traitement de la pneumonie par le bain froid donne souvent d'excellents résultats. Toute la question est de savoir préciser les indications et de ne pas appliquer ce moyen systématiquement à tous ses cas. Mais on doit reconnaître en même temps qu'il n'abrège pas sensiblement la durée de la maladie, qu'il n'en modifie pas visiblement l'évolution cyclique. Son effet le plus marqué se résume dans une action tonique puissante sur le système nerveux et dans la conservation des forces, deux avantages considérables qui permettent au malade de résister à l'infection et d'attendre sans danger le moment de la défervescence. N'eût-il à son actif que ce

---

1° La médecine de colonisation dans nos colonies, et notamment en Algérie, doit appeler sur elle la sérieuse attention du législateur.

2° Les médecins de colonisation devront être dorénavant nommés au concours.

3° Ils devront être ou libres, c'est-à-dire exempts de tout contrôle administratif et avoir le droit de délivrer des médicaments aux colons ; une somme fixe leur sera allouée par le Gouvernement général de l'Algérie, à titre de subvention, à condition de soigner les malades indigents et de remplir quelques autres obligations que le Gouvernement jugerait utile de leur imposer, ou bien ils seront fonctionnaires de l'État et, dans ce cas, ils devront être complètement hiérarchisés : le Comité supérieur d'assistance médicale devra être rétabli et des médecins-inspecteurs départementaux devront être créés.

4° Le décret du 23 mars 1883 doit être remanié, surtout ceux de ses articles qui visent le contrôle des médecins de colonisation et leur avancement.

5° Dans la création des nouveaux centres de colonisation en Algérie et dans la prise de possession de nouvelles colonies, la voix du médecin de colonisation doit être écoutée avant celle de tous autres agents de colonisation ; lui seul a qualité pour décider, au point de vue sanitaire, s'il y a lieu ou non de créer le centre, d'indiquer les améliorations matérielles à apporter au sol et de déterminer le Gouvernement à établir, dans les nouvelles colonies, la colonisation de peuplement ou celle de roulement.

6° Le nombre des médecins de colonisation doit être augmenté et chacun d'eux doit être mis à la tête d'un hôpital ou d'une ambulance ; il devra avoir un aide ou tout au moins un infirmier pour l'assister dans ses opérations et ses tournées.

7° La situation des médecins de colonisation doit être améliorée si le Gouvernement tient à avoir à sa disposition des médecins de colonisation d'élite et à la hauteur de leur triple mission professionnelle auprès des malades, colonisatrice auprès de l'Administration et civilisatrice auprès des colons et des habitants autochtones.

8° La création d'une école spéciale de médecins de colonisation s'impose. On n'accepterait dans cette école que des médecins ayant passé leur thèse de doctorat dans une des facultés de médecine de France ; pendant un an au moins ils s'y perfectionneraient dans les sciences spéciales, dont la connaissance approfondie est nécessaire pour l'exercice de la médecine dans les colonies ; il y étudieraient également la ou les langues parlées par les autochtones des colonies auxquelles ils se destineraient.

simple résultat, le traitement par l'eau froide mériterait encore une place au premier rang dans la thérapeutique de la pneumonie.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Contribution a la symptomatologie de la maladie de Basedow, par le prof. Homen. (*Neurologisches Centralblatt*, 1892, n° 14, p. 427.)

II. — Myxœdème d'origine syphilitique, par le Dr Koehler. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 30, p. 743.)

I. — L'observation d'Homen concerne une femme de 39 ans, mariée à un professeur, et ayant eu la chlorose à l'âge de 12 ans. Depuis lors elle était restée délicate de constitution. Elle s'était mariée à l'âge de 19 ans. Pendant sa première grossesse, le médecin avait été frappé d'une accélération insolite du pouls. La dame en question a donné le jour à 5 enfants. L'une des enfants, une fillette de 15 ans, a un commencement de goitre et présente une certaine accélération du pouls (80-90); elle est sujette au vertige. Il en est de même d'une autre fillette plus jeune. Enfin, l'aîné des enfants, âgé de 20 ans, tombe dans des attaques d'épilepsie depuis l'âge de 3 ans.

A la suite d'une affection abdominale (1878-1879) la malade était devenue sujette au vertige, avec douleurs dans la poitrine, faiblesse et douleurs dans les jambes, aux genoux surtout. Pendant quelque temps la malade se trouva dans l'impossibilité de marcher. Le vertige augmenta. La malade remarqua que son acuité visuelle avait sensiblement baissé; accès de palpitations. Parésie faciale droite, qui dura une quinzaine de jours, et qui fit place à une parésie faciale gauche. La malade dut garder le lit pendant cette phase de recrudescence, qui dura environ six semaines. On la traita par les bains, le massage, le bromure et l'iodure de potassium.

Au sortir de cette crise il subsistait du vertige, de la faiblesse dans les membres inférieurs, de la faiblesse dans les doigts dont les mouvements étaient empreints de maladresse.

Nouvelle phase d'aggravation en mai 1880.

Enfin durant l'automne 1890, sans cause appréciable, les douleurs dans les membres et principalement dans les jointures des genoux, des pieds, des coudes ont de nouveau gagné en intensité; ces mêmes jointures se sont tuméfiées, de sorte que l'on crut, à un moment donné, à une attaque de rhumatisme articulaire. Cependant la peau avait conservé sa teinte naturelle, au niveau des jointures tuméfiées. La malade présentait une tuméfaction de la glande thyroïde, dont elle s'était aperçue depuis plusieurs années.

En janvier 1891, à la suite d'une violente émotion, l'état de la malade s'est de nouveau aggravé : grande faiblesse, palpitations plus violentes, augmentation de la tuméfaction goitreuse, tremblement des mains et des bras. Tremblement oscillatoire des paupières, au moment de l'occlusion des yeux. Flux diarrhéique, durant de depuis plusieurs jours à plusieurs semaines. Agitation nerveuse. Tuméfaction passagère de certaines jointures. P. 110-120. Légère exophthalmie.

Sous l'influence d'un traitement par l'électricité, une grande amélioration a été obtenue; mais cette amélioration n'a été que passagère.

D'après l'auteur, le principal intérêt de cette observation réside dans l'association de certains accidents articulaires aux manifestations habituelles de la maladie de Basedow; c'étaient des douleurs irradiantes, avec légère tuméfaction, mais sans changement de teinte à la peau. La tuméfaction n'avait rien à voir avec l'œdème. Ces accidents articulaires se dissipaient avec la même rapidité avec laquelle ils apparaissaient. Rien de semblable n'avait été mentionné jusqu'alors, d'après Homen.

Enfin l'auteur a insisté sur l'envahissement des paupières par le tremblement oscillatoire qu'on observait dans d'autres parties du corps. Ce symptôme, il l'a retrouvé bien dessiné dans cinq sur treize cas de maladie de Basedow qu'il a été même d'observer; dans six autres cas, il existait d'une façon moins nette; deux fois seulement il manquait totalement.

II. — Une femme de 48 ans avait toujours été en bonne santé, sauf que dans son enfance elle avait eu des engorgements ganglionnaires au cou. Au mois de novembre 1890, elle a eu souvent des frissons, des maux de tête qui la faisaient souffrir surtout la nuit. La démarche devint incertaine, vertigineuse; la malade a eu des accès de lipothymie. Elle est devenue maladroite de ses mains, laissant souvent tomber les objets qu'elle était en train de saisir. Diminution de l'acuité visuelle, affaiblissement de la mémoire. Il semblait à la malade que sa langue et son palais étaient empâtés, et il lui était devenu difficile de parler. Elle ne transpirait plus; sa peau était constamment sèche.

En outre la peau de la face et du cou avait été envahie par un boursouflement qui, plus tard, s'était étendu aux mains. Enfin le devant du cou était occupé par une tumeur assez volumineuse, que la malade traita par des applications d'onguent gris. Cette médication topique exerça, au dire de la malade, une influence salutaire tant sur la tumeur que sur le boursouflement de la face et du cou.

Au mois de février 1891, la malade s'est présentée à la clinique du prof. Gerhardt, de Berlin. Il existait toujours un certain degré de boursouflement de la face, du cou et des mains, une expression de démence. Le boursouflement n'avait rien d'œdémateux; l'impression du doigt ne laissait subsister aucune trace apparente. Le cou était déformé, et sous la peau du trigone on sentait, à la palpation, une tumeur dure, parsemée de nombreuses proéminences, mais il était difficile de décider si cette tumeur était constituée par la glande thyroïde hypertrophiée. Malgré l'emploi des diaphorétiques les plus énergiques, il était impossible de faire transpirer la malade.

Celle-ci quitta l'hôpital pour rentrer six mois plus tard. On diagnostiqua un myxœdème. Il était difficile de savoir si, dans ce cas, les manifestations du myxœdème étaient en rapport avec une altération de la glande thyroïde, car la palpation de cet organe était rendue très difficile par l'état d'induration de la peau, au-devant du cou. Dans cette même région on découvrait une vaste ulcération surplombant une tumeur. Celle-ci paraissait être constituée par une gomme exulcérée. Mais une incision qu'on y pratiqua fit voir que cette interprétation était erronée. Il semblait plutôt qu'on eût affaire à un foyer de myosite syphilitique.

En tout état de cause une cure antisyphilitique fut instituée: le résultat ne se fit pas attendre; il peut se résumer dans ces quelques mots : cicatrisation de l'ulcère; fonte de la tumeur sous-jacente. Disparition des brides cicatricielles qu'on eût pris volontiers pour des résidus de brûlures. Amélioration de l'état corporel et de l'état intellectuel.

L'auteur se demande si c'est à l'administration de l'iodure de potassium qu'il faut rapporter les résultats thérapeutiques obtenus dans ce cas, et il conclut par l'affirmative. Il conclut en outre que l'observation de cette malade, unique en son genre, démontre la possibilité de l'origine syphilitique du myxœdème. E.-R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

(*Adoptée par le Sénat, votée par la Chambre des députés dans sa séance du 13 juillet 1892.*)

Dans sa séance du 13 juillet 1892, la Chambre des députés a voté le projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Ce projet est conforme à celui qu'avait adopté le Sénat, et dont nous avons déjà donné le texte entier, avec commentaire à l'appui.

Toutefois, sur la proposition de la Commission, l'article 11 a été renvoyé à la Commission de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Cet article 11 était ainsi conçu :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien dentiste ou de sage-femme avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'est pas applicable à ceux qui exercent aujourd'hui simultanément ces deux professions.

« Toutefois, sous la condition de se soumettre aux lois et règlements régissant la pharmacie à l'exception de la patente, tout docteur peut porter des médicaments à ses malades lorsque ceux-ci demeurent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie. Il peut aussi, mais sans tenir officine ouverte, fournir chez lui des médicaments à ses malades lorsque sa demeure est à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacie.

« La délivrance de médicaments doit être accompagnée d'une ordonnance, datée et signée, indiquant leur nature et les doses prescrites. »

Au sujet de ce renvoi, M. Chevandier, rapporteur, s'est exprimé ainsi :

« L'article 11, au cours de la délibération qui a eu lieu l'année dernière, a été renvoyé à la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie... Le Sénat a repris l'article 11, parce que nous avions retenu le § 1er de cet article. Nous avons eu tort, car à lui seul ce paragraphe aurait en effet interdit d'une manière absolue l'exercice simultané des deux professions. Le Sénat a donc eu raison de ne pas le laisser isolé.. Mais la rédaction du Sénat modifiant profondément les paragraphes renvoyés à la Commission chargée de l'examen de la loi sur la pharmacie, a été l'occasion de protestations nombreuses de la part des pharmaciens; et, dans ces conditions, nous avons pensé que rien n'était plus sage que de revenir à la résolution que nous avions prise l'année dernière...

« J'ajoute que cet article 11 ne fait que remplacer l'article 27 de la loi de germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie; c'est donc dans cette loi qu'est sa véritable place. »

Par voie de conséquence a été également supprimé l'article 24 ainsi conçu : « Toute infraction aux prescriptions de l'article 11 est punie d'une amende de 100 à 500 francs, et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. »

Par suite de la suppression des deux articles 11 et 24, la loi se trouve donc réduite à 36 articles dont le numérotage est modifié en conséquence.

Enfin, à propos des articles 30 et 31 (32 et 33 du projet voté par le Sénat), M. de Montéty a présenté l'observation suivante :

« Des jeunes gens qui avaient commencé leurs études en vue de l'officiat et qui avaient pris un certain nombre d'inscriptions, sachant que le projet de loi supprimait d'une manière complète le grade d'officier de santé, se sont empressés de travailler pour obtenir les deux diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences nécessaires pour entreprendre les études du doctorat en médecine. Ces jeunes gens, si nous laissions subsister les règles existantes et le décret du 20 juin 1878, seraient obligés de continuer leurs études jusqu'à la fin pour se faire nommer officiers de santé et ne pourraient pas obtenir d'ores et déjà l'échange de leurs inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat. Cela ne serait ni juste, ni équitable... Je demande à M. le Commissaire du gouvernement de nous donner l'assurance que dès que la loi que nous discutons sera votée, le décret de 1878 sera rapporté et qu'on autorisera l'échange des inscriptions d'officiat en inscriptions de doctorat, pour tous les jeunes gens qui le demanderont, à la seule charge pareux de justifier qu'ils possèdent les diplômes exigés et de subir l'examen probatoire correspondant à l'état d'avancement de leur instruction professionnelle. »

A cette question, M. Brouardel. commissaire du gouvernement, a répondu que le Comité consultatif de l'enseignement supérieur avait déjà décidé, à l'unanimité, que la conversion des inscriptions se ferait de droit, aussitôt après la promulgation de la loi.

Nous avions déjà, le premier, posé la question dans notre commentaire du projet primitivement voté par la Chambre, sous l'article 4 de ce projet.

On voit que le projet de loi modifié par le Sénat a été, en somme, adopté par la Chambre sans nouvelle discussion. Le vote de la loi sur l'exercice de la médecine donc est aujourd'hui un fait accompli.

A. LECHOPIÉ,
Avocat à la Cour de Paris.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LEÇONS SUR L'URÉTRITE CHRONIQUE, faite par le Dr HORTELOUP et recueillies par le Dr Ed. WIKHAM.

On sait combien les urétrites chroniques sont d'ordinaire tenaces et rebelles; souvent les traitements les plus divers sont employés, sans que la maladie disparaisse ou diminue, et nous ajouterions volontiers que c'est quelquefois à cause même du traitement, que la chronicité s'établit. Il était plus que jamais nécessaire de mettre un peu d'ordre dans toute cette thérapeutique, étendue à l'infini par la publication si nombreuse des médications nouvelles : c'est à cette tâche que M. Horteloup s'est consacré et nous pouvons dire, dès maintenant, qu'il l'a remplie à souhait.

La blennorragie aiguë étant toujours le point de départ de l'urétrite chronique, il était naturel d'en faire sommairement l'histoire. Après avoir rappelé les phases principales par lesquelles a passé l'étude de cette affection, M. Hortelonp trace un tableau clinique clairement présenté et insiste surtout sur le traitement. Pour lui, la méthode déjà ancienne et qui a fait ses preuves, est la meilleure : il faut employer la méthode antiphlogistique au debut, user de patience et lorsque la blennorragie est à point, mais à ce moment-là seulement, prescrire les balsamiques. Quant aux injections dès le début, M. Hortelonp leur reproche de donner plutôt l'illusion d'une guérison, que la guérison elle-même et de prédisposer à l'uréthrite chronique.

Dans l'etude de cette dernière, l'auteur donne des détails précis, et qui seront pour beaucoup de personnes, une veritable nouveauté, sur l'urétroscopie. Il commence par signaler un certain nombre de ces instruments employés depuis plus ou moins longtemps, et décrit un modèle qu'il a fait construire, il présente cette particulité d'être disposé en forme de spéculum bivalve très allongé. Il nous est impossible de le suivre ici dans les détails qu'il donne sur le manuel opératoire, et surtout dans une description des lésions qui serait trop aride; nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à la belle planche en chromolithographie contenue dans l'ouvrage, qui montre, d'une manière très exacte, quoique un peu schématique, l'apparence sous laquelle se présente en général l'urétrite, soit aiguë, soit chronique.

La diathèse et les maladies constitutionnelles, jouent un rôle considérable dans le développement de l'urétrite chronique, moindre cependant qu'un traitement mal dirigé de la période aiguë. Elle présente deux variétés anatomiques suivant son siège et est antérieure ou postérieure ; la premièreest la conséquence de l'évolution normale d'une chaudepisse aiguë, qui ne doit pas dépasser la région membraneuse; quant à l'urétrite postérieure, elle peut être considérée comme une complication, mais cette évolution reconnaît des causes multiples, en particulier l'influence de diathèses, mais les causes mécaniques, telles que l'introduction d'une sonde, et le fait de pousser violemment une injection, ne jouent, d'après M. Hortelonp, qu'un rôle très effacé. Enfin au point de vue symptomatique, il y a lieu de distinguer deux formes de l'urétrite : une forme catarrhale, caractérisée par des urines troubles avec filaments et symptomatiques d'une étendue assez considérable de la lésion muqueuse; et en second lieu une forme sèche qui est une atténuation de la première et l'indice de lésions beaucoup plus circonscrites.

Les moyens de diagnostic sont exposés dans un chapitre rempli d'intérêt; ce n'est pas une chose simple, car en dehors des localisations dont nous venons de parler, il peut s'assurer s'il n'y a pas d'autres points également malades, s'il existe des rétrécissements, et quel en est le nombre et l'étendue. Les causes d'erreur sont signalées avec soin et à ce point de vue en particulier, ce chapitre rendra de signalés services.

Il nous serait impossible d'analyser, même sommairement les règles thérapeutiques qui sont tracées; en effet, M. Horteloup considère, à juste titre, qu'il n'y a pas un traitement de l'urétrite chronique, mais que chaque forme est justiciable d'une thérapeutique particulière. En conséquence, on doit être éclectique et n'agir qu'après avoir fait un diagnostic précis. Parmi les méthodes si nombreuses qu'on a proposées, toutes comptent des succès à leur actif et aucune peut-être ne doit être rejetée; mais il faut choisir, et ici, praticiens et élèves ne trouveront pas de meilleur guide, que le livre de M. Horteloup.

Indications et résultats comparés de quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urètre, par le Dr Henri Azema. — Th. Paris.

Travail de critique où l'auteur passe en revue les résultats de la dilatation lente progressive, de l'urétrotomie interne, de la divulsion et de l'électrolyse. Pour lui, la dilatation est, de toutes les méthodes, celle qui est d'une exécution la plus facile, applicable à l'immense majorité des cas et la plus heureuse dans ces résultats; c'est donc elle qu'on devra employer tout d'abord et on préférera la dilatation lente à la dilatation immédiate progressive.

S'il y a des complications qui tiennent soit à l'état général, soit à l'état local, cette méthode est contre-indiquée; on devra alors, presque toujours, s adresser à l'urétrotomie interne. La divulsion ne compte plus guère de partisans, car elle agit à l'aveugle et déchire dans une étendue qu'on ne peut calculer. Quant à l'électrolyse, elle donne des résultats immédiats, ordinairement satisfaisants, mais elle expose aux récidives les plus rapides et les plus rebelles et on ne saurait lui accorder une grande confiance.

Cette récidive est d'ailleurs la règle avec toutes les méthodes de traitement, elle dépend de l'étendue et de la nature du rétrécissement et surtout des soins consécutifs; mais après l'électrolyse, la récidive s'est toujours montrée à brève échéance.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical, par F. Legueu, protecteur à la Faculté. — Th. Paris.

La monographie de M. Legueu constitue le travail le plus complet qui ait paru sur les calculs du rein; les différents chapitres, anatomie et physiologie pathologique, symptomatologie, et surtout traitement, sont bien traités avec un soin égal et l'intérêt de cette lecture ne se dément en aucun point.

Les calculs du rein évoluent suivant un double processus; les lésions qui les accompagnent et dont ils sont la cause ou l'occasion sont des lésions septiques ou aseptiques. Les unes comme les autres aboutissent à la destruction de l'organe, à la perte fonctionnelle du filtre rénal. Le calcul, pour sa production, nécessite l'intervention de deux facteurs: une altération générale, de l'organisme modifiant les conditions de la nutrition et la composition des sels du sang, une altération locale, constante, indispensable des voies urinaires, de sorte qu'en réalité, tous les calculs sont secondaires, secondaires à une lésion locale primitive.

Les lésions qui se développent dans le rein calculeux n'ont rien de spécial, elles sont des lésions purement mécaniques et de distension comme celles de la ligature de l'uretère, ou bien elles sont des lésions d'infection à la suite d'une contamination quelconque. La clinique permet de le supposer, l'expérimentation le démontre.

Au point de vue clinique il n'existe aucun signe qui soit par lui-même caractéristique de la présence d'un calcul dans le rein; c'est à dire un ensemble de signes, plutôt qu'à un signe même, que l'on doit de faire le diagnostic. Certains accidents d'obstruction, de migration, d'infection se développent à un moment donné et parmi ceux-ci il en est, comme l'anurie, pour

lesquels l'intervention chirurgicale a montré son efficacité et justifié son opportunité.

L'incision doit être hâtive; négative; elle reste sans conséquences fâcheuses, elle devient curative si la présence du calcul est vérifiée L'incision du rein au niveau du bord convexe est supérieur à l'incision du bassinet.

La néphrectomie primitive ne convient qu'aux cas de destruction complète du rein, avec intégrité de son congénère. En tout autre cas la néphrotomie doit être tenté. Dans l'anurie calculeuse, il faut opérer au cinquième jour, si l'anurie est complète et créer une fistule lombaire ou procéder à l'ablation du calcul avec ou sans uretérotomie.

E. DESNOS.

ÉTUDE HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA SCARLATINE PUERPÉRALE, par MARCEL DURAND. — Thèse Paris.

La thèse volumineuse de M. Durand relate 109 observations de scarlatine puerpérale, dont quelques-unes inédites. Elle a trait à un des sujets les plus intéressants de la pathologie.

La scarlatine puerpérale apparaît le premier ou le second jour qui suit l'accouchement, plus rarement les jours suivants. L'angine n'existe que dans un quart des cas; l'éruption, d'aspect variable, simulant quelquefois l'érythème morbilleux, peut tarder jusqu'au sixième jour. Des arthrites frappent communément les grandes jointures (genoux) et restent bénignes. La fièvre varie entre 38° et 41° et se caractérise par des rémissions matinales fréquentes Quelle que soit la forme de la maladie, qu'elle reste bénigne ou s'entoure de phénomènes typhoïdiques graves, la marche en est d'ordinaire lente et se termine par une convalescence de nombreuses semaines. Les diarrhées profuses sont d'un pronostic grave; la mortalité est celle des scarlatines ordinaires.

Si les complications cardiaques, cérébrales, pulmonaires, rénales, sont relativement rares, par contre défilent toute une série d'accidents génitaux (paramétrite, périmétrite, péritonite, endométrite, etc.). La fréquence de ces complications n'a rien d'étonnant: au même titre que l'éruption scarlatineuse, elles témoignent d'une infection septique qui a pénétré par l'utérus. Non pas que la scarlatine suite de couches soit toujours dépendante d'une fièvre puerpérale: l'auteur admet encore des éruptions d'origine médicamenteuse et surtout des scarlatines vraies, n'ayant rien à faire avec l'infection puerpérale et dont la nature a été déterminée par une contagion antérieure.

Reste à savoir ce qu'est cette scarlatine vraie et si véritablement elle est séparée par une ligne de démarcation bien tranchée de la scarlatine septique.

Le streptocoque agent de l'infection puerpérale se retrouve également dans les viscères des scarlatineux. Chez ces derniers, on l'accuse des infections secondaires; rien ne prouve qu'il ne soit capable de faire la maladie primitive. On a peut-être trop de tendance à doter chaque maladie d'un microbe spécifique; les variabilités fonctionnelles d'un même organisme suffisent à une multiplicité d'effets différents. La bactériologie le démontre et la clinique ne répugne pas à une semblable interprétation. Entre la scarlatine vraie et la scarlatine septique existent de si nombreux intermédiaires de forme qu'un diagnostic précis se pose difficilement.

L'épidémiologie ne se réclame pas davantage de faits de différenciation bien avérés. A la vérité, quelques scarlatines puerpérales, à plusieurs années d'intervalle, ont pu se greffer sur des scarlatines classiques: mais si la récidive est exceptionnelle dans la scarlatine ordinaire, elle existe à l'occasion, et admettre qu'un accouchement a annihilé les effets de l'immunité antérieurement acquise et a favorisé l'entrée en scène d'une infection seconde, ce n'est pas là risquer une hypothèse bien osée. Les faits de contagion ne bénéficient pas de la haute valeur qu'on leur accorde. La scarlatine est contagieuse, chacun sait ça, et la scarlatine puerpérale ne fait pas exception à la règle. Mais si toutes deux peuvent se transmettre par contagion, il ne semble pas moins établi que leur naissance spontanée s'effectue dans certaines conditions encore obscures, la spontanéité étant comprise dans le sens des doctrines modernes qui font des parasites normaux de la bouche les agents d'infections multiples.

Et l'on se demandera s'il est bien nécessaire de distinguer la scarlatine puerpérale et la scarlatine ordinaire, deux maladies, au bout du compte, dont les particularités propres sont déterminées par une entrée microbienne qui peut être double (utérus ou pharynx) dans un organisme plus ou moins préparé à l'infection (grossesse ou état normal).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PYOHÉMIE MÉDICALE, par E. PRADEL (Th. Paris).

La pyohémie médicale est consécutive à des maladies internes de nature infectieuse. Elle rappelle la pyoémie généralisée répondant au type décrit en chirurgie, ou se présente, et cela plus souvent, sous une forme atténuée, localisée, attaquant les grandes séreuses ou les synoviales articulaires. Elle utilise à sa besogne les microbes les plus divers: staphylocoques et streptocoques sont ses agents préférés; mais elle ne rejette le concours de personne et accepte à l'occasion les offres du pneumocoque et du bacille d'Éberth A cette activité déplorable, on opposera la sévérité du traitement prophylactique. L'antisepsie veillera aux portes d'entrée des infections microbiennes, et, sentinelle vigilante, se multipliera suivant la maladie, aux points les plus opposés, depuis la bouche dans la scarlatine et la diphtérie jusqu'à l'eschare sacrée dans la fièvre typhoïde.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SUPPURATION DANS LA GRIPPE, par G. REDUREAU (Th. Paris). — REMARQUES SUR LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE D'INFLUENZA ET SUR SES PHÉNOMÈNES HÉMORRHAGIQUES, par GR. MORIN (Th. Paris).

La grippe est un puits sans fond: tous les jours des thèses en vident le contenu qui s'écoule en observations plus ou moins banales. Le réservoir mis à sec continue de se remplir désespérément. M. Redureau, pour son compte, n'en a pas retiré grand'chose: d'un amas de suppurations quelconques, telles que phlegmons, otites, furoncles, il est arrivé cependant à dégager quelques observations plus intéressantes. Signalons deux faits de pyélo-néphrite et d'abcès rétro-pharyngiens dus à M. Heurtaux, un abcès du sinus frontal traité par M. Dianoux et une névrite optique double consécutive à une méningite basilaire dont l'histoire a été communiquée par M. Clavelin.

M. Morin insiste sur les hémorrhagies grippales: épistaxis, crachats sanguinolents, hémorrhagies intestinales, rénales, utérines, etc., font à la grippe un cortège dont la marche peut devenir tragique. L'auteur admet l'existence d'une grippe hémorrhagique analogue, comme gravité(?) à la variole hémorrhagique. Dans cette forme les hémorrhagies se répétent,

sont abondantes et commandent la réserve dans le pronostic. Elles peuvent même se prolonger pendant la convalescence et faire croire à une tuberculose pulmonaire qui n'existe pas. L'auteur cite à cet égard une observation qui n'est pas concluante, le malade étant sorti de l'hôpital avant sa guérison.

Fiessinger.

Néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par Peret-Gilbert. — Th. Paris.

L'usage a voulu que l'on désignât sous le vocable névrome toute tumeur développée sur le trajet d'un nerf. Ce mot, utile dans le langage clinique, est absolument rejeté par l'anatomopathologie. En effet, toutes les tumeurs des nerfs ne sont pas plus des névromes que toutes les tumeurs des os ne sont des ostéomes, que toutes les tumeurs des muscles ne sont des myômes. Fibromateuses, myxomateuses, sarcomateuses, ou des combinaisons de ces espèces anatomiques, elles appartiennent en grande majorité à la classe des tumeurs bénignes. Si l'épithélioma se rencontre accidentellement à l'état primitif, c'est que le plus souvent il est secondaire par propagation.

Les fibromes sont les tumeurs les plus fréquentes des nerfs. Habituellement observés aux membres supérieurs, le médian paraît en être le siège de prédilection. Ils peuvent avoir une origine soit névrilématique soit extra-fasciculaire, soit intrafasciculaire. Moins fréquents que les fibromes, les sarcomes ont été niés par Virchow et son école, mais des observations récentes ont démontré la réalité de leur existence. Les myxomes, assez rares à l'état de pureté, se présentent sous l'aspect de tumeurs fusiformes, à surface généralement lobée, transparents et de consistance gélatiniforme.

Quelle que soit la nature du néoplasme, de tous les procédés opératoires, l'énucléation est la méthode de choix. Cependant l'extirpation, la dénudation, la résection pourront aussi se trouver parfois indiquées : l'examen approfondi des rapports de la tumeur avec le nerf au cours de l'intervention devra faire pencher en faveur de tel ou tel procédé. En tous cas la résection ne saurait être employée qu'en dernière ressource et alors la suture sera tentée chaque fois que l'espace inter-fragmentaire permettra la réunion des extrémités nerveuses. Il est à noter que les suppléances motrices et sensitives qui ne tardent pas à s'établir rendent les suites opératoires après les résections des nerfs moins mauvaises qu'on n'aurait pu le penser.

De très nombreuses et très intéressantes observations servent de base au consciencieux travail de M. Peret-Gilbert.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Lavements créosotés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le prof. Grasset administre matin et soir, après un lavement simple, un petit lavement de 120 à 130 grammes contenant une grande cuillérée du mélange, ci-après (soit environ un gramme de créosote) qu'il convient d'émulsionner avec un jaune d'œuf.

Huile d'olive...............	300 gramme.
Créosote de hêtre...........	30 —
Laudanum de Sydenham........	3 —

La répétition liquotidienne des lavements est justifiée par la rapide et complète élimination de la créosote par les urines. (*Nouveau Montpellier médical*, n° 25, 18 juin 1892, p. 500.)

NOTES ET INFORMATIONS

Le **Comité consultatif d'hygiène publique de France** s'est réuni lundi au ministère de l'Intérieur, sous la présidence de M. Brouardel.

M. le prof. Proust, inspecteur général des services sanitaires, au nom d'une commission composée de MM. Proust, Netter, Ogier et Thoinot, a fourni au comité des renseignements sur l'épidémie cholériforme de la banlieue de Paris.

L'épidémie, qui avait eu une recrudescence les 15 et 16 juillet, est, en ce moment, en voie de déclin. L'armée et la ville de Paris restent indemnes. Il n'y a donc pas en France de choléra d'importation envahissant.

En Russie, au contraire, le choléra continue à s'étendre. Le Caucase est envahi ; des cas ont été constatés à Tiflis et à Batoum. La maladie a remonté le Volga, Astrakhan, Tzaritzine, Saratow, Samara et Kazan ; quelques cas ont même été signalés à Nijni-Novgorod.

Les décès cholériques se sont élevés, dans le gouvernement de Bakou, à 464, du 14 au 19 juillet. La moyenne des décès journaliers est tombée en ville à 34.

En Russie, les postes sanitaires sont établis sur les différentes lignes de chemins de fer, et des moyens de prophylaxie sont préparés dans les villes qui ne sont pas encore contaminées.

A Saint-Pétersbourg, on a installé plusieurs établissements de désinfection et des visites sanitaires sont faites dans les quartiers pauvres et les garnis. On pratique également une visite rigoureuse des égouts.

En Perse, le choléra suit sa progression ascendante, sans que l'on sache à quel degré et dans quelle étendue.

Le pèlerinage du Hedjaz est terminé. Les pèlerins se sont dispersés et la santé au Hedjaz est satisfaisante.

Au Harrar, les Européens se sont empressés de quitter la ville dès le commencement de l'épidémie. On cite cependant le cas d'un Européen succombant au Harrar pendant que l'épidémie sévissait. La mission resta indemne, grâce à la précaution qu'elle prit de ne boire que de l'eau bouillie, nouvelle preuve à l'appui de la propagation du choléra par l'eau.

La petite épidémie cholérique de Saint-Jean-d'Acre ne paraît pas devoir s'étendre. Toutefois, on observe encore quelques cas. Des mesures très sérieuses sont prises ; les habitants des quartiers pauvres et malsains campent sous des tentes installées sur des hauteurs voisines. Les maisons des malades ont été désinfectées et les vêtements des morts brûlés.

A Beyrouth, à Damas et dans le Liban, la santé publique est parfaite.

Les nouvelles du Brésil sont meilleures.

A Rio-de-Janeiro, la fièvre jaune ne se manifeste que par des cas isolés.

A Bahia, l'état sanitaire de la ville ne laisse rien à désirer.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Concours du clinicat. — Sont nommés chefs de clinique :

Chirurgie. — Hôtel-Dieu (service de M. Verneuil): M. Thierry; Charité (M. Duplay); M. Demoulin; Pitié (M. Le Fort): M. Villemin.

Accouchements. — Clinique Bandelocque (M. Pinard): M. Lepage; clinique de la rue d'Assas (M. Tarnier): M. Demelin.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — L'ouverture du *Concours de chirurgie et d'accouchement* aura lieu le jeudi 15 décembre 1892, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 25 octobre, dernier délai.

L'ouverture du *Concours de médecine* aura lieu le lundi 12 décembre 1892, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. L'inscription et le dépôt des mémoires se fera dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les chaires de médecine expérimentale et de thérapeutique, à la Faculté de Bordeaux, sont déclarées vacantes.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté, en date du 22 juillet 1892, la chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 24 juillet 1892, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et des pays de protectorat :

Au grade de médecin de première classe. — M. Mirabel (Marc), médecin de première classe de la marine et les médecins de deuxième classe de la marine : MM. Haneur (Henri-Jean-Baptiste), Villars (Gaston-Antoine-Elois Marie), Pierre (Louis-Edouard-Pierre), médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Carrière (Jules-Emilien-Gustave), Marquehosse (Pierre-Victor), Pujol (Auguste-Marie-Joseph), Dutigny Pierre-Joseph Lucien), Brochet (Gaston-Edmond-Marie), Lautour (Louis-Camille), Maureau (Jacques Joseph-Emile), Millet (Jules-Antoine), médecins de deuxième classe de la marine.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 23 juillet 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Foch et Salomon, médecins-majors de première classe, en retraite.

— Par décret, en date du 23 juillet 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Giard, Frilley, Krug-Basse, Lévy et Bazille, médecins principaux de première classe en retraite.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Rochet et Josien, médecin principaux de deuxième classe, en retraite.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Longet, Apté, Joly, Paloque, Mounier, Weber, Dissaux et Dubois, médecins-majors de première classe, en retraite.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Viguier, médecin-major de deuxième classe, en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 20 juillet 1892, M. le médecin major de deuxième classe Vallois, du 102e régiment d'infanterie, et M. le médecin aide-major de première classe Piedpremier, du 1er régiment étranger, ont été désignés pour assurer le service médical du bataillon étranger détaché au Bénin.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 23 juillet 1892, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le Dr Gros, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Association de la Presse médicale. — *Procès-verbal de la réunion du 8 juillet* 1892. Le 3e dîner pour l'année 1892 de *l'Association de la Presse médicale* a eu lieu le 8 juillet 1892, au restaurant Marguery. 18 membres étaient présents à la réunion que présidait M. Cornil.

M. de Ranse, syndic, s'était excusé.

La séance a été occupée à peu près tout entière par la discussion des candidatures posées. Ont été admis à l'unanimité :

M. le Dr Topinard, directeur de *l'Anthropologie*.

M. le Dr Meyer, directeur de la *Revue général d'oculistique*.

M. le Dr Leblond, directeur des *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*.

M. le Dr Joffroy, secrétaire du Comité pour l'érection d'un buste à Duchesne de Boulogne, a demandé à l'Association de vouloir bien prendre part à la souscription qui a été ouverte.

L'association a voté une somme de *cent* francs.

Différentes questions relatives aux billets à prix réduits délivrés par les Compagnies de chemins de fer, aux membres de l'Association, ont été agitées.

La solution en a été renvoyée à un prochain dîner.

Le secrétaire : MARCEL BAUDOUIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses, par P. BLOCQ, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière, lauréat de l'Institut et J. ONANOFF. — Un volume in-18 avec 88 figures dans le texte cartonné. Prix : 5 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 10 AU 16 JUILLET 1892

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 0. — Rougeole, 9 — Scarlatine 5. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 19. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44. — Méningite, 32 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 40. — Bronchite aiguë et chronique, 34. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 47. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 147. — Fièvre et péritonite puerpérales 6 — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes 27. — Autres causes de mort, 154. — Causes inconnues, 4. — Total 876.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

ORTHOPÉDIE

DE LA SCOLIOSE DANS SES RAPPORTS AVEC LE PIED PLAT,

Par P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

L'étude des causes des scolioses a une importance considérable au point de vue du pronostic et du traitement de cette affection.

Les incontestables progrès récemment réalisés dans le traitement de ces difformités tiennent certainement à une connaissance plus parfaite des causes prédisposantes ou réelles, de l'évolution, des altérations osseuses ou articulaires, des diverses variétés de déviations vertébrales.

Un examen clinique attentif fait connaître qu'à côté et dans les formes classiques bien connues (scoliose rachitique, statique, habituelle, nerveuse, etc.), il existe des variétés assez nombreuses, à caractères spéciaux, développées sous l'influence de causes différentes. Dans tous nos examens de scolioses, nous recherchons avec soin le point de départ, la cause initiale de la maladie, ne nous contentant pas du diagnostic banal et souvent inexact de scoliose essentielle, habituelle.

Nos études dans cette voie nous ont déjà permis de signaler quelques points étiologiques importants dans l'étude des scolioses et nous avons récemment décrit les scolioses sous la dépendance de l'obstruction nasale (1).

Nous désirons aujourd'hui attirer l'attention sur les rapports qui existent entre certaines formes de déviations latérales vertébrales et le pied plat.

Avec un certain nombre d'auteurs, nous avons été frappés depuis longtemps de la coexistence très fréquente de la scoliose et du pied plat. Nous avons dès lors cherché à établir la relation qui existe entre ces deux affections. Les observations de scolioses marquées, anciennes, prononcées, observées sur des sujets présentant des pieds plats, ne peuvent donner des renseignements utiles sur cette question. Il peut y avoir une simple coïncidence; on ne peut démontrer, en effet, à une certaine période des scolioses que le pied plat a été une cause initiale efficace, prédisposante ou réelle, de la déviation vertébrale. Il n'en est pas de même si les observations sont faites au début de la difformité. C'est au moment de la formation des scolioses, dans leur première période, que les différentes causes de la maladie peuvent être exactement connues.

Nous basons notre description sur un certain nombre de scolioses observées au début et coexistant avec le pied plat.

De nos examens attentifs, il résulte que dans un très grand nombre de cas, on observe une déviation latérale lombaire, plus ou moins marquée, que l'on reconnaît facilement, le sujet étant déshabillé. La région lombaire du côté convexe est saillante, aplatie du côté concave. L'étude des triangles de la taille, conformément aux études d'A. Lorenz, démontre que le triangle du côté concave est très marqué, le triangle du côté convexe a disparu presque complètement. Si l'on se contente de ces indications, on fera le diagnostic de scoliose lombaire sans autre indication. Si l'on pratique, au contraire, une exploration plus complète en examinant attentivement le bassin et surtout les membres inférieurs, on découvre que le bassin est manifestement incliné, les articulations sacro-iliaques, les épines iliaques antéro-supérieures et postéro-supérieures ne sont plus sur le même niveau, la crête iliaque du côté convexe est effacée, très saillante du côté opposé.

La fesse du côté convexe est plus saillante que du côté concave. Le pli fessier, le pli poplité sont plus abaissés du côté correspondant à la convexité lombaire, la malléole interne du même côté est située plus bas que la malléole correspondante.

Le pied du côté correspondant à la convexité lombaire est *manifestement* plat, souvent en valgus prononcé. La déformation du pied s'accentue surtout pendant la marche.

Les mensurations précises des deux membres inférieurs par différents procédés indiquent un raccourcissement marqué au membre inférieur du côté correspondant à la convexité lombaire. Ce raccourcissement est le plus souvent *apparent* et disparaît lorsque la mensuration est faite, le sujet dans le décubitus, le pied et le bassin placé dans une bonne position redressée. La différence de niveau des épines postéro-supérieures, et par conséquent l'inclinaison du bassin, peut être très exactement déterminée à l'aide de l'excellent instrument, trapèze-niveau, de W. Schulthess.

En corrigeant enfin le raccourcissement du membre, au moyen d'épaisseurs de plaques de liège placées sous le pied plat, ou en rétablissant la voûte plantaire affaissée, on arrive à modifier la courbure lombaire et à la faire même

(1) Voir *Gazette médicale*, 22 mars 1890, p. 134.

presque complétement disparaître, lorsque la scoliose est de date récente.

La forme de scoliose que nous venons de décrire est assez fréquente. Sur nos 100 dernières observations de scolioses, nous trouvons en effet 12 scolioses lombaires avec raccourcissement d'un des membres inférieurs, qui nous paraissent s'être développées sous l'influence du pied plat. Dans 3 cas, il existait une légère courbure de compensation dorsale avec saillie costale. Dans 2 cas nous avons pu suivre la marche de scolioses primitivement lombaires avec pied plat et raccourcissement manifeste des membres inférieurs qui se sont compliquées de déviations dorsales avec gibbosité et la plupart des caractères des scolioses dites essentielles ou habituelles, modifications dans la hauteur des épaules, etc. Dans 2 cas il s'agissait de scolioses totales ayant débuté par la région lombaire.

La courbure lombaire est plus ou moins marquée, en général peu prononcée, siégeant presque toujours à gauche (10 fois à gauche sur les 12 cas de scolioses lombaires au début, sur 100 cas de scolioses).

Le pied plat est généralement double, plus marqué d'un côté, avec valgus plus ou moins prononcé, s'accompagnant rarement de phénomènes douloureux. Dans un cas, il existait à la fois un pied plat et un genu valgum unilatéraux.

Les scolioses que nous venons de décrire doivent être rangées dans la catégorie des scolioses dites *statiques* dont la très grande fréquence est admise aujourd'hui par la généralité des orthopédistes. Le pied plat, affaissé, s'accompagne d'une attitude vicieuse et d'un raccourcissement d'un des membres inférieurs, modifie les conditions d'équilibre du tronc et produit une déviation vertébrale. Ces déviations doivent être rapprochées des scolioses statiques par inégalité des membres inférieurs, congénitales ou acquises, dont elles présentent la plupart des caractères.

Parmi les causes produisant l'inégalité des membres inférieurs, le pied plat doit être placé en première ligne.

Nos observations viennent à l'appui de la théorie qui admet qu'il y a analogie complète entre la scoliose d'attitude et la scoliose statique. Elles expliquent en partie la fréquence très grande, notée dans nos statistiques, des scolioses lombaires.

La scoliose lombaire coïncidant avec le pied plat peut être considérée dans quelques cas au début, comme une fausse scoliose, scoliose par flexion latérale de Bouvier, mais dans la majorité des observations, les attitudes vicieuses prolongées, sous la dépendance du pied plat dans nos cas particuliers, agissant sur un rachis en pleine croissance, s'accompagnent des mêmes lésions anatomiques que dans la scoliose essentielle (scoliose vraie).

Tous les sujets atteints de pied plat ne sont certainement pas atteints de scoliose, mais dans un grand nombre de cas la difformité des pieds, existant sur des sujets prédisposés, est une cause d'une grande valeur. Dans nos observations, la déviation vertébrale s'est toujours montrée de 10 à 15 ans, au moment de la période de croissance, exceptionnellement chez de très jeunes sujets. Dans ces derniers cas il s'agissait de pied plat et de scoliose sous la dépendance du rachitisme.

Les relations de cause à effet entre la scoliose et le pied plat nous paraissent démontrées par les résultats de l'observation clinique de scolioses au début coexistant avec le pied plat, par l'évolution de l'affection, par l'influence favorable du traitement. Dans deux cas soumis à un traitement imparfait, nous avons pu suivre la marche de scolioses primitivement lombaires avec pied plat et raccourcissement manifeste d'un des membres inférieurs, qui se sont accompagnées de déviations dorsales avec gibbosité et la plupart des caractères des scolioses dites essentielles ou habituelles.

Le traitement, consistant à modifier les conditions statiques défectueuses en traitant le pied plat, en corrigeant le raccourcissement du membre inférieur par des semelles en liège appropriées placées dans les souliers, en recommandant l'usage de sièges inclinés, donne d'excellents résultats. Le traitement antistatique, employé seul dans nos observations, a suffi pour enrayer la marche de l'affection.

Le pronostic de ces scolioses, traitées au début, est très favorable.

En résumé, nos observations démontrent que dans un très grand nombre de cas de scolioses, il existe une relation évidente entre le pied plat et la déviation vertébrale. L'inégalité de longueur des membres inférieurs, conséquence de la difformité du pied, s'accompagne d'attitudes vicieuses prolongées qui sont suivies de véritables scolioses. Après les attitudes vicieuses dans la position assise en écrivant, le pied plat est une des causes initiales les plus fréquentes des scolioses.

Dans toutes les scolioses au début, il importe d'examiner les membres inférieurs et de rechercher attentivement s'il n'existe pas un pied plat, ou toute autre cause d'inégalité des membres inférieurs.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE L'HÉMATOZOAIRE DU PALUDISME ET DE SON IMPORTANCE EN CLINIQUE (1)

Par M. le Dr Soulié,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger.

Dans une communication récente, M. Treille est venu annoncer qu'il avait découvert dans l'urine d'un malade atteint d'hématurie et indemne de toute infection palustre un corps semblable aux flagella de l'hématozoaire du paludisme. Comment a-t-il pu conclure à l'identité de nature, puisqu'il dit dans la même communication qu'il n'a jamais rencontré l'hématozoaire dans le sang des fiévreux? Il faut une certaine habitude pour permettre à l'œil de se familiariser avec les formes multiples et avec les dimensions de ce petit organisme. On peut donc retourner à M. Treille l'objection qu'il adresse à ceux qui ont observé l'hématozoaire de Laveran et lui dire qu'il a été lui-même la victime d'une illusion d'observation.

Depuis quatre ans que j'observe ce parasite, je l'ai recherché dans le sang et dans les humeurs des malades les plus divers; je ne l'ai jamais rencontré en dehors des malades atteints de fièvre intermittente.

Pendant l'hiver on n'observe que des fièvres de récidive beaucoup plus légères que les fièvres de première invasion ou que les fièvres de récidive de la période estivale. Les

(1) Société de biologie, 23 juillet 1892.

hématozoaires sont beaucoup moins nombreux et leur recherche beaucoup plus laborieuse. Cependant j'ai constaté leur existence à différentes reprises ; mais ce n'est souvent qu'au troisième ou quatrième examen et chez des malades qui avaient été quelque temps sans prendre de la quinine.

Pendant l'été 1890, ayant été appelé à remplacer M. le professeur Gros dans son service de la clinique médicale, j'ai pu mettre à profit, au point de vue clinique, les indications fournies par la connaissance de l'hématozoaire. Bien souvent le microbe m'a révélé la nature de l'affection d'un malade apporté dans le coma ou dans un tel état de prostation qu'il était incapable de fournir aucun renseignement utile.

Je rapporte ici quelques observations pour montrer les avantages que j'ai retirés de cet examen dans la pratique. Elles ont été presque toutes prises dans le service et les résultats obtenus ont été contrôlés par tous les assistants.

Obs. I. — *Fièvre continue palustre prise pour une fièvre typhoïde.*

L... (Antoinette), 33 ans, ménagère, venant de Saint-Eugène, entre à la salle Bichat, le 19 août 1890.

Cette malade est envoyée à l'hôpital par mon distingué collègue, M. le Dr Moreau, avec le diagnostic de fièvre typhoïde, pour y être traitée par les bains froids ; il l'a soignée pendant une huitaine de jour à domicile, la fièvre a persisté malgré l'emploi de la quinine à diverses reprises.

A son entrée, la malade répond difficilement aux questions et ne peut donner aucun renseignement. Céphalalgie intense. T. 39°8, P. 108. Langue sèche, noire ; abdomen douloureux, gargouillement dans la fosse iliaque droite. *Taches rosées.*

Rate hypertrophiée. Diamètre vertical, 9 centimètres.

L'examen du sang révèle l'existence de nombreux hématozoaires : corps n° 2 libres et endoglobulaires, corps en croissant : leucocytes mélanifères. Diagnostic : fièvre continue palustre.

Traitement : 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine en injection hypodermique.

Le lendemain, la température a baissé, nouvelle injection de 1 gr. 50 de bichlorhydrate.

Le surlendemain, température normale ; 1 gr. 50 de chlorhydrate de quinine administré par la voie buccale.

La malade a repris connaissance ; elle raconte qu'elle a habité El Affroun pendant deux mois et qu'elle n'y a jamais eu la fièvre. Elle est malade depuis qu'elle est rentrée à Saint-Eugène. Sa maladie a commencé par un frisson et depuis la fièvre ne l'a plus quittée.

Elle sort de l'hôpital le 22 septembre, guérie, après avoir eu une rechute dans le service.

Obs. — *Fièvre continue palustre débutant par une abondante épistaxis et prise pour une fièvre typhoïde.*

F... (Dominique), 22 ans, maçon, entre à la salle Trousseau le 4 août 1890, au soir. Il vient de Birmandreïs. Les personnes qui l'ont amené disent qu'il est malade depuis huit jours, que sa maladie a débuté par un violent mal de tête, qu'il a eu la fièvre continuellement sans frissons ; une épistaxis très abondante qu'on a eu beaucoup de peine à arrêter est survenue en même temps. Le bulletin délivré par le médecin qui l'a soigné les premiers jours et qui lui a administré la quinine sans succès porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 5 août. F... est très abattu et répond avec peine aux questions. T. 40 degrés, P. 130, petit, rapide, régulier. Céphalalgie violente. Le tégument est très pâle, la malade paraît exsangue. Langue sèche, dents fuligineuses. Ventre douloureux, gargouillements à la fosse iliaque droite. Selles diarrhéiques jaunes. Rate douloureuse ; diamètre vertical, 13 centimètres.

Examen du sang : hématozoaires très nombreux (corps n° 2, croissants), leucocytes mélanifères.

Diagnostic : Fièvre continue palustre. Injection hypodermique de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine.

Le 6. T. 37°8. Injection de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine. Soir : T. 38°,4.

Le 7. La température est normale. Par mesure de prudence les injections de quinine sont encore continuées pendant deux jours. La fièvre ne reparaît pas.

F... sort le 17 août, très faible encore, mais pouvant marcher avec assez de facilité.

Obs. III. — *Fièvre paludéenne revêtant le masque d'une péritonite. Péritonisme palustre.*

G... (Hyacinthe), 41 ans, ménagère, venant de Dély-Ibrahim, entre à la salle Bichat le 26 août 1890. Était alitée depuis cinq jours ; elle a eu continuellement la fièvre. Elle se plaint d'un grand mal de tête. Courbature généralisée ; n'a jamais eu les fièvres. T. 40°, 1, P. 120.

27 *août.* Ventre très douloureux ; météorisme ; vomissements ; glace à l'intérieur et sur l'abdomen ; pilules d'opium.

Le 28. La malade ne peut rien conserver ; vomissements porracés ; facies grippé ; ventre très douloureux, très ballonné. Pouls petit, 130, T. 41°. Le diagnostic de péritonite paraît s'imposer. En raison de la localité d'où vient la malade je fais l'examen du sang. Hématozoaires du paludisme (corps n° 2) ; leucocytes mélanifères. Je fais immédiatement une injection hypodermique de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine.

Le 29. T. 38°,4. Ventre moins douloureux, mais toujours météorisé. Vomissements plus rares. Nouvelle injection de 1 g. 50 de quinine. Soir : T. 37°,4.

Le 30. Les vomissements ont cessé, le météorisme a considérablement diminué. La glace est suspendue ainsi que le quinine.

Le 31. La température est remontée à 39°. Vomissements, météorisme, douleurs abdominales. La poche de glace est rétablie. Injection de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine.

1er *septembre.* — La fièvre est tombée, les vomissements ont disparu, ainsi que la douleur abdominale. La quinine est continuée pendant deux jours. La malade sort guérie le 20 septembre.

Cette observation est un exemple d'une manifestation rare et singulière du paludisme qui peut être désignée sous le nom de *péritonisme palustre.* La présence de l'hématozoaire dans le sang, la cessation des vomissements, du météorisme, de la fièvre sous l'action de la quinine montrent bien que la maladie était sous la dépendance du paludisme.

Obs. IV. — *Accès pernicieux. Éruption pétéchiale pouvant faire croire à un typhus.*

Mohamed-ben-Ali, 23 ans, journalier, entre à la salle Trousseau le 3 septembre 1890 ; on l'a amené à la Casbah, sans renseignements.

Le 4. T. 40°, P. 120. Face congestionnée, conjonctives in-

jectées. Langue sèche, rôtie, dents fuligineuses. Éruption pétéchiale abondante sur le thorax et l'abdomen. Respiration stertoreuse; le malade est dans le coma. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien dans la poitrine.

Quelques cas de typhus avaient été observés dans la ville arabe. Mohamed ben Ali était-il atteint de cette maladie, et fallait-il l'évacuer dans le pavillon des typhiques? L'examen du sang me permet de trancher la question; je trouve de nombreux hématozoaires (corps n° 2, croissants) ainsi que les leucocytes mélanifères.

Traitement : 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine par la voie hypodermique.

Le 5. Le malade est sorti de sa torpeur. Il raconte qu'il a eu les fièvres le mois dernier à la Chiffa et qu'il est rentré en ville depuis quelques jours.

La quinine est administrée trois jours encore. Le malade sort le 20 sans avoir eu de nouvel accès.

Obs. V. — *Accès pernicieux. Malade entré sans renseignements. Diagnostic fait par l'examen du sang. Mort.*

B... quarante-six ans, journalier, entre à la salle Trousseau le 20 août 1890. T. 40°,5, P. 124. Coma. Pas d'autre renseignement, sinon qu'on l'a apporté de Guyotville. Langue sèche; éruption pétéchiale sur l'abdomen et le thorax faisant songer au typhus. Foie et rate légèrement hypertrophiés.

Examen du sang : nombreux hématozoaires, leucocytes mélanifères.

Quinine, 1 gr. 50 en injection, à la visite du matin. Le malade meurt dans la nuit.

Obs. VI. — *Fièvre continue palustre, reconnue par l'examen du sang.*

Le 20 septembre 1891, je suis appelé auprès de C..., soixante-quatorze ans, ancien marin, habitant dans mon voisinage. Il est soigné par une domestique peu intelligente qui ne peut me donner aucun renseignement sur le début de la maladie; tout ce que je peux obtenir, c'est que C... est malade depuis une dizaine de jours, qu'il a eu la fièvre tout le temps et qu'il est alité depuis le début.

Je trouve le malade en proie à une fièvre vive : T. 39°, 9, P. 130. Pommettes rouges, nez effilé, langue sèche. Diarrhée, incontinence des matières. Rate légèrement hypertrophiée. État voisin du coma. Le malade entend les questions qu'on lui pose, il tourne les yeux, mais il est incapable de répondre. La faiblesse est extrême. Les vomissements rendent toute alimentation impossible.

Le fils du malade possédant des forêts de chênes liège dans l'intérieur, je soupçonne le paludisme et je pratique l'examen du sang; je trouve de nombreux parasites (corps n° 2 libres et inclus dans les hématies, leucocytes mélanifères).

Traitement: Bichlorhydrate de quinine, 2 grammes en injection hypodermique pendant deux jours.

Le malade reprend connaissance. La quinine est administrée par la voie hypodermique pendant quelques jours encore.

C... peut me raconter qu'il a été à la Réghaia avant de tomber malade; c'est là qu'il s'est impaludé. Il finit par se remettre après une convalescence des plus longues et des plus pénibles.

Les observations que je viens de rapporter démontrent l'importance de l'examen du sang chez les malades soupçonnés d'impaludisme. Je pourrais en rapporter un certain nombre d'autres dans lesquelles l'examen ayant été négatif, la marche de la maladie a confirmé l'examen hématologique et montré qu'il ne s'agissait pas de paludisme.

Nous devons ajouter que l'hématozoaire ne se trouve pas toujours en grande abondance dans le sang dans les cas graves, et qu'il se montre, par contre, assez fréquent parfois sans déterminer d'accès de fièvre.

Obs. VII. — *Accès pernicieux se terminant par la mort. Parasites peu nombreux dans le sang.*

C... (Etienne), trente-deux ans, mineur, vient de la Chiffa, entre salle Trousseau, dans le coma, le 7 octobre 1890.

T. 40°,6, P. 128. Foie et rate légèrement hypertrophiés.

Examen du sang : corps n° 2 rares, leucocytes mélanifères.

Injection hypodermique de 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine, à la visite du matin. Le malade succombe dans la nuit.

Autopsie. — Lésions habituelles du paludisme aigu. Dans la pulpe splénique, diffluente, je trouve de nombreux hématozoaires (corps n° 2 de toutes dimensions) ainsi que des leucocytes mélanifères en grande quantité. La vue de ces leucocytes se déplaçant lentement dans la préparation soixante heures après la mort n'a pas été sans me surprendre. Par une température extérieure élevée, les leucocytes peuvent donc continuer à vivre hors de l'organisme pendant un temps assez long.

Obs. VIII. — *Parasites du paludisme en nombre assez considérable dans le sang. Pas d'accès de fièvre.*

B... (Jules), 47 ans, représentant de commerce, entre salle Trousseau le 9 décembre 1890. Impaludé la première fois au mois d'août dernier, soigné à l'hôpital militaire de Dra-el-Mizan.

Le 9. Teinte terreuse des cachectiques palustres. Le malade a l'air égaré, la mémoire est affaiblie, cherche ses mots avant de répondre. Pas de fièvre.

Examen du sang: Croissants nombreux, leucocytes mélanifères.

Pendant trois jours, 1 gramme de chlorhydrate de quinine. Pas d'accès pendant son séjour à l'hôpital. Sort le 25 septembre.

Est pris d'accès après sa sortie, entre de nouveau le 26 octobre à la salle Trousseau. Le sang est plus riche en parasites : Corps n° 2 libres et endoglobulaires, leucocytes mélanifères nombreux. Pas de quinine. Arséniate de soude.

Le sang examiné plusieurs fois contient les mêmes parasites. Le malade n'a pas de fièvre pendant son séjour à l'hôpital. Sortie le 5 novembre.

Ces faits montrent l'importance de l'examen du sang chez les malades soupçonnés d'être atteints de paludisme. Il est à désirer que les praticiens des pays palustres se familiarisent avec cette recherche très simple, qui a autant d'importance en pratique que celle du bacille de la tuberculose ou de la diphtérie.

De ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'hématozoaire du paludisme se rencontre d'une manière constante dans les formes aiguës du paludisme.

On ne le trouve que chez les malades atteints de fièvre paludéenne.

Son existence est plus difficile à constater en hiver et au

printemps, dans les fièvres de récidive. On le trouve cependant dans le sang des malades présentant des accès.

Au point de vue clinique, on doit procéder à sa recherche dans tous les pays où règne l'endémie palustre. Sa constatation est pathognomonique du paludisme. Chez tous les malades atteints de fièvre intermittente récemment contractée ou de récidive récente, on trouvera le parasite sons l'une de ses formes, ainsi que des leucocytes mélanifères, témoignage et résultat de sa présence.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SOLUTION NORMALE DE SEL MARIN CONTRE LES HÉMORRHAGIES GRAVES EN OBSTÉTRIQUE

Par Herbert R. Spencer,

Professeur assistant d'obstétrique de l'University College, Londres ;
médecin assistant d'obstétrique de l'University College, Hospital.

Ce travail est le rapport de huit cas pour lesquels on a pratiqué dans les veines des injections de solution normale de sel marin comme traitement d'hémorrhagies graves ; dans ces hémorrhagies, les moyens ordinaires avaient été sans résultats. Ces huit cas ont été observés parmi les 10.000 accouchements relevés dans l'assistance obstétricale extra-hospitalière de l'University College Hospital, du 1er juillet 1887 au 11 janvier 1892. Ce sont, parmi ce nombre important de malades, les seuls cas où il y ait eu lieu de pratiquer l'opération ; ils comprennent tous les faits de mort par hémorrhagie, avec ou sans lésion du canal de la parturition, par épuisement, syncope, ou choc, sauf quatre malades qui succombèrent d'une façon inattendue ou avant que l'on eût le temps de m'appeler (1). Je fus conduit, en 1888, à injecter en quantité une solution normale de sel marin comme traitement de l'hémorrhagie, à la suite d'une conversation avec mon ami et collègue, le Dr J. Rose Bradford ; ce dernier m'informait alors que certains physiologistes avaient pu en injecter de très fortes quantités à des animaux avec succès. J'y fus également poussé par le fait que de petites quantités en avaient déjà été injectées par quelques médecins de l'University College Hospital, sans succès cependant, me semble-t-il. Il y a très peu de semaines encore, j'ignorais que ce traitement avait été antérieurement pratiqué pour hémorrhagie sur des êtres humains ; mais je dois constater que Landerer (2), le 10 juillet 1881, injecta un litre de solution normale de sel dans les veines d'un malade de 71 ans. Ce malade, à la suite d'une amputation de cuisse suivie d'hémorrhagie grave, était plongé dans un état de choc profond. Il s'améliora temporairement et redevint conscient mais mourut une heure plus tard. Le 8 octobre 1881, Bischoff (3) traita avec succès un cas d'hémorrhagie post-partum en injectant dans l'artère radiale 1.250 centimètres cubes de solution normale de sel. Des cas analogues récents ont été publiés par Hermann Thompson (1), M. W. H. Brown (2), M. Arbuthnot Lane (3) et d'autres auteurs. La littérature sur les injections intraveineuses de solution normale de sel marin, en ce qui concerne le côté expérimental, est très fournie et on la trouvera en se rapportant aux références que j'ai indiquées. Il est juste de faire remarquer ici que c'est à Goltz (4) que l'on doit la notion suivante : que la cause de la mort par hémorrhagie n'est point déterminée par la perte des globules rouges ou de l'hémoglobine mais par celle du liquide et l'impossibilité consécutive pour le cœur de se remplir ; et qu'aussi longtemps que le sang peut être maintenu en mouvement par des injections de liquide, l'existence est compatible. Kronecker et Sander (5) sont les premiers, je crois, qui aient proposé, dans ce but, des injections de solution normale de sel sur des animaux. Je pense que les observations suivantes viendront confirmer la valeur de ce traitement dans les hémorrhagies chez les êtres humains.

Observation I. — *Multipare ; placenta adhérent ; hémorrhagie grave post-partum ; au moment de l'accouchement, existence d'un abcès ischio-rectal à écoulement fétide ; transfusion de 950 grammes de liquide salin ; guérison.*

Le 24 avril 1888, je fus appelé par mon assistant, M. L. de Chazal, auprès d'un cas d'hémorrhagie post-partum grave. Voici les notes prises à ce sujet. Mme G..., âgée de 37 ans, est de constitution robuste et pléthorique. Elle a eu cinq enfants et une fausse couche. Il y a cinq ans, elle a été soignée à l'University College Hospital pour un placenta prœvia. Il y a trois ans, elle a presque perdu la vie par suite d'une hémorrhagie post-partum extrêmement grave causée par un placenta adhérent. Depuis, elle a eu un autre enfant dans des conditions normales. Dans la grossesse actuelle, elle ne se plaint que de ne pouvoir s'asseoir sans ressentir de vives douleurs, le mois dernier. L'accouchement présent a été normal dans les première et seconde période qui se terminent en quatre heures. Immédiatement après la naissance de l'enfant, il se produisit un flux de sang en quantité considérable. Comme l'étudiant ne pouvait arriver à pratiquer l'expression du placenta, il administra, contre toutes les règles, un gramme d'extrait liquide d'ergot de seigle et appela à son aide l'assistant d'obstétrique, qui arriva une heure un quart après la naissance de l'enfant. Des tentatives pour extraire le placenta avait été faites dans l'intervalle par l'étudiant et un praticien du voisinage, mais sans succès. Pendant ce temps, la malade avait perdu une énorme quantité de sang qui remplissait un vase de nuit et trempait littéralement les draps et les matelas.

A l'arrivée de l'assistant d'obstétrique, la malade était dans une condition extrêmement grave et complètement exsangue ; le pouls était très petit et dépressible, battant en raison de 140 fois par minute ; parfois même on n'arrivait pas à le sentir. La malade était extrêmement agitée et défaillante, se plaignait de nausées et d'éblouissements ; mais elle ne vomissait point ; elle agitait constamment ses bras, voulait changer de

(1) La cause de la mort dans ces quatre cas a été causée : 1° par hémorrhagie post-partum accidentelle ; la malade semblait s'être complètement remise, quand elle succomba brusquement par syncope ; 2° par hémorragie post-partum (500 grammes) ; la malade semblait s'être complètement remise, quand survint une syncope dont elle mourut ; 3° par hémorrhagie accidentelle post-partum (même maladie que dans l'observation IV du travail) ; mort avant que je pusse être appelé ; 4° par lacération et perforation du col, avec hématome du ligament large ; la malade mourut avant que je pusse être appelé.

(2) *Archiv. de Wirchow*, 1886, n° 105, p. 357.

(3) *Archiv. für Gynækologie*, 1881, n° 23.

(1) *Deutsche Medicin. Wochenschrift*, 1891.

(2) *The Lancet*, vol. I, 1889, p. 527.

(3) *Ibid.*, vol. II, 1891, p. 606.

(4) *Archiv. de Virchow*, Bd XXI. — XXIX.

(5) *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1879, n° 52.

place; désirait sentir un air frais, et bâillait fréquemment. Les pupilles étaient modérément dilatées; la vue était bonne. Il n'existait pas de bourdonnement d'oreille; la bouche était sèche et la malade suppliait qu'on lui donnât à boire; la langue était humide. Une partie du placenta fut trouvée dans le vagin; le reste fut extrait avec la main, sauf une portion de la dimension d'une couronne (pièce d'argent), qui adhérait très fermement. Pendant toutes ces manipulations, la malade perdit encore une petite quantité de sang; et comme on craignait qu'elle ne succombât, on ne chercha point davantage à extraire la portion du placenta restée dans l'utérus. Une injection intra-utérine d'iode ayant été faite, on me fit appeler.

A mon arrivée, quatre heures après la naissance de l'enfant, on plaça les jambes de la malade dans une position élevée; et on pratiqua des injections hypodermiques répétées d'éther et d'alcool. Le pouls battait, aussi bien qu'on pût le compter, environ 140 fois par minute; mais de temps à autre on ne pouvait plus le percevoir du tout; et, dans les périodes les plus favorables, c'est à peine s'il était possible de le sentir. Dès le premier quart d'heure de mon arrivée, l'état de la malade s'aggrava. Elle devint semi-comateuse, ne répondant que lorsqu'on l'interpellait à voix haute: la pointe du cœur ne pouvait plus être sentie; le pouls était aussi mauvais que possible. Je considérai que la malade allait succomber si l'on ne tentait pas la transfusion. En conséquence, j'ouvris la veine médiane basilique droite (la malade restant parfaitement insensible) et injectai 950 grammes de solution normale de sel marin à la température de 40°c.

Deux minutes après le commencement de l'injection le pouls devenait plus fort. A mesure qu'on poursuivait l'injection, l'état s'améliorait; la malade se souleva, déclara qu'elle se sentait mieux et qu'elle ne défaillait plus. On put *voir* le pouls battre; vers midi 50, le liquide ayant été complètement injecté, c'est-à-dire quinze minutes environ après le commencement de l'opération, le pouls était régulier, de volume normal, de force ordinaire et battant 110 à la minute. Les lèvres reprirent quelque couleur. Tous les graves symptômes disparurent et la malade dit qu'elle se sentait très bien. A 1 heure 15, le pouls était à 110; à 1 heure 30, à 100; à 8 heures du soir, il remonta à 120, mais n'était pas dépressible; on en pouvait percevoir toutes les pulsations; la malade était gaie et se trouvait bien. Dix heures après l'opération, on put extraire environ 250 grammes d'urine qui fut examinée par mon collègue, le Dr J. R. Bradford; elle était normale et ne contenait pas d'hémoglobine. Le 25 avril, vers 9 heures du matin, la malade eut un frisson. Je trouvai un abcès ischio-rectal dont je fis écouler environ quatre-vingt-dix grammes de pus fétide; je pratiquai une désinfection soigneuse avec une solution de chlorure de zinc et fis ensuite un pansement iodoformé. Le jour suivant, sans le secours d'un anesthésique, je fis l'ablation de la portion de placenta abandonnée dans la cavité utérine. Il se manifesta un peu de fièvre les jours suivants, mais la température la plus élevée ne fut que de 39°5, le quatrième jour; elle redevint pratiquement normale le onzième jour. La malade guérit parfaitement, bien qu'elle restât pâle pendant deux ou trois mois. La menstruation réapparut régulièrement depuis septembre 1888 jusqu'à février 1890, époque où la ménopause s'établit. Je la revis le 4 février 1892; elle était en bonne santé avec des couleurs normales. C'est là, autant que je sache, le premier cas heureux d'injections intraveineuses de solution saline normale dans le cas d'hémorrhagie.

Observation II. — *Hémorrhagie accidentelle; transfusion; guérison; rechute; seconde transfusion; guérison.*

Mme K..., âgée de 30 ans, multipare. Le premier juillet, 1888, la malade, qui était arrivée à peu près au terme complet de sa grossesse, perdit tout à coup une quantité considérable de sang par le vagin et perdit successivement plusieurs fois connaissance. A sa connaissance elle ne s'était ni fatiguée ni blessée. A l'arrivée de l'assistant d'obstétrique, la malade était pâle, mais les lèvres restaient encore colorées. Elle venait précisément de sortir d'une crise d'état inconscient pendant laquelle elle avait fait des mouvements désordonnés. Le pouls était à 90 ou 100, ample et mou. Les vêtements étaient trempés de sang dont elle semblait avoir perdu de 500 à 1.000 gr. environ. La perte était alors arrêtée. L'orifice avait alors la dimension d'une demi-couronne; la tête se présentait; les membranes étaient intactes; on ne pouvait sentir le placenta. Les membranes furent rompues immédiatement et on administra un gramme d'ergot de seigle. Une hémorrhagie profuse se produisit alors, et après une tentative infructueuse de version l'orifice fut dilaté au moyen de ballons et le forceps appliqué; on fit l'extraction d'un enfant mort. On pratiqua l'expression du placenta; il y eut expulsion d'une quantité modérée de sang et de caillots. L'hémorrhagie continue, qui s'était produite pendant toutes ces manipulations, avait considérablement déprimé la malade qui était devenue extrêmement pâle, les lèvres ayant pris une coloration cendrée. Le pouls arriva graduellement successivement à 150 puis 160 et diminua graduellemant de force jusqu'à ce qu'il fût impossible de le sentir. La malade devint inconsciente, avec insensibilité des conjonctives et dilatation modérée des pupilles. C'est à peine si l'on pouvait percevoir les bruits du cœur. Cet état s'était produit progressivement et en dépit de tous les moyens médicaux ordinaires.

A mon arrivée (3 heures du matin), je ne pensais point que la malade eût plus de cinq minutes à vivre. J'ouvris immédiatement la veine médiane basilique droite et, en vingt minutes, injectai 950 grammes de solution saline. La malade était complètement inconsciente et ne fit aucun mouvement quand l'incision fut faite. Quand 300 grammes de liquide environ eurent été injectés, la conscience revint; la malade déclara qu'elle se sentait mieux et se mit à parler raisonnablement. Le pouls, de très faible qu'il était d'abord et ensuite totalement imperceptible, avant l'opération, s'améliora rapidement en force et en volume et s'arrêta à la fin de l'opération (3 heures 20). Le Dr Deanesly surveilla la malade jusqu'à 10 heures 1/2 du matin et prit note du pouls plusieurs fois par heure. Pendant les deux dernières heures de cette période de temps, l'état de la malade redevint grave à nouveau; le pouls augmenta en fréquence et diminua en force, de telle sorte que, vers 10 heures 30 du matin, il était presque imperceptible. Je décidai de réitérer l'injection dans l'autre bras et injectai 950 grammes dans la veine médiane basilique gauche. Après quoi le pouls redevint plus fort et moins fréquent, et la malade parut et se sentit mieux. Dans la suite, la plus haute température constatée fut de 39° le 5 et le 8 juillet. Le 10, la température retomba à la normale et ne changea plus. La malade resta anémique pendant deux ou trois mois, mais était capable d'aller et de venir. Je la revis deux ans plus tard en robuste santé. Le 4 février

1890, elle eut une fausse couche de quatre mois et demi et perdit pas mal de sang. L'hémorrhagie se continua pendant six semaines. Le 29 janvier 1892, elle était vivante et en parfaite santé.

OBSERVATION III. — *Hémorrhagie accidentelle; transfusion de solution saline; mort.*

Mme H..., âgé de 31 ans, avait eu 8 enfants en quatorze ans sans aucune difficulté. Sa mère était morte d'hémorrhagie en couches. La malade était atteinte de prolapsus de l'utérus et, d'ailleurs, était une forte femme de bonne santé habituelle. Le 12 septembre 1885 elle resta sur ses pieds toute la journée, travaillant dur. Vers 7 heures du soir, les douleurs se manifestèrent très fort pendant environ une heure; il n'y eut aucune perte de sang. A 8 heures, les douleurs cessèrent et la malade perdit connaissance. L'étudiant de garde trouva l'abdomen proéminent et distendu et les membranes intactes. Comme il ne pouvait établir la présentation, il fit appeler l'assistant d'obstétrique et administra un peu de cognac. L'assistant arriva à 9 heures 45 auprès de la malade. Elle était revenue de sa syncope. Il n'existait aucune hémorrhagie externe, les douleurs n'avaient pas reparu. L'utérus, qui était très proéminent et repoussé en avant, était très dur et très tendu, et l'examen externe était très difficile à faire. Le souffle utérin était très fort et le pouls était à 80. La malade se plaignait d'assez vives douleurs situées sur toute la surface de l'abdomen, sans aucune localisation déterminée. On n'avait noté aucune brusquerie dans l'apparition des douleurs. L'orifice cervical était situé très haut, ses bords épais et mous, de la dimension d'une demi-couronne. Les membranes étaient intactes, mais non tendues; le vertex se présentait. La malade semblait une femme forte, vigoureuse, non exsangue et ne manifestant plus aucune tendance syncopale. On ordonna XX gouttes de laudanum et le repos. On la quitta vers 11 heures du soir. A 11 heures 35 une hémorrhagie externe considérable se produisit. A 11 heures 50, l'étudiant de garde arriva et trouva une grande quantité de sang dans le lit; un flux très abondant se fit jour à l'examen vaginal. A minuit, l'assistant l'examina et jugea que les membranes étaient rompues. Il exerça une forte compression sur l'utérus à l'aide d'un bandage; l'hémorrhagie externe avait cessé. A minuit 30 je la vis moi-même. Elle était couchée sur le côté gauche, tranquille, parlant raisonnablement, poussant de temps en temps un gémissement de travail. Elle ne répondait que lorsqu'on lui adressait la parole à haute voix; elle déclara qu'elle se sentait défaillante et avait quelques envies de rendre. Elle vomit en effet et rendit une grande quantité de matières. En la regardant comme elle se trouvait, tournée vers la partie sombre de sa petite chambre obscure, il n'existait rien qui pût attirer l'attention. Elle n'était point du tout agitée et n'éprouvait que quelques douleurs. Elle avait perdu environ 500 grammes de sang. Je demandai une lumière et éclairai vivement son visage. Il était complètement exsangue et les lèvres avaient pris une couleur cendrée pâle. Le pouls ne pouvait sentir ni à droite ni à gauche. Le cœur battait 148 fois par minute, mais on ne pouvait percevoir qu'un bruit, probablement le second. L'utérus était très tendu; l'orifice, gros comme une couronne, facilement dilatable; la tête, dans la quatrième position; les membranes intactes. On ne pouvait sentir le placenta. Reconnaissant son état presque sans espoir et voyant qu'elle faisait là une hémorrhagie interne, je rompis immédiatement les membranes; il s'écoula alors une quantité considérable du sang. J'appliquai le forceps et fit une extraction aisée de l'enfant, sans rompre le périnée. Le corps fut extrait facilement et fut suivi du placenta, de quelques caillots adhérents et peu consistants et d'une quantité de liquide sanguin que j'évaluerai à près de 750 grammes. L'utérus se contractait bien et demeurait dur, sauf une relaxation momentanée qui permit l'issue d'environ 60 grammes de sang. La malade était alors un peu moins agitée. On plaça la malade sur un plan incliné, la tête en bas, les jambes élevées et bien bandées; un tamponnement fut soigneusement appliqué, et on lui administra du cognac une ou deux fois; elle leva son bras au dessus de la tête et le tourna au-dessus d'elle, en disant tranquillement : « Puis-je avoir un peu d'air? » Puis elle devint sourde et rapidement inconsciente. Les pupilles étaient modérément petites et l'avaient été tout le temps. J'ouvris immédiatement une veine du bras droit. Quand je fis l'incision, elle dit : « Qui me pince là? » et resta ensuite immobile comme si elle était morte. Avant que 60 grammes aient pu lui être injectés, sa face se contracta en une hideuse grimace qui ne dura que quelques secondes; il apparut quelques contractions cloniques de la face et aussi, mais légèrement, des bras et des jambes, et elle mourut.

(A suivre.)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE L'ACTION DE LA DIGITALE DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE,

par GEORGE W. BALFOUR,
Médecin de l'hôpital Chalmer, Édimbourg.

(Suite et fin) (1)

A la fin de la systole ventriculaire, les segments de la valvule mitrale forment un cône dont la pointe est précisément dirigée vers la pointe du cœur lui-même. Ce cône est plein d'un sang en libre communication avec l'oreillette actuellement complètement distendue (2), et, au moment de la diastole, l'action aspirante de la pression négative qui existe dans le ventricule, ouvre l'extrémité de la valvule; le sang suit librement la paroi ventriculaire qui se distend, et repousse doucement les valves de la valvule mitrale dont il détermine l'apposition. Quand se produit la diastole ventriculaire, la systole de l'aorte a lieu également et ce vaisseau revient à ses dimensions normales. Chez l'homme sain, la compression systolique exercée sur le sang dans l'intérieur de l'aorte contribue à la fermeture des valves semi-lunaires; mais toute l'ondée reçue du cœur est chassée en avant. Quand l'orifice est insuffisant, la systole de l'aorte, jointe à la pression négative qui existe dans le ventricule, détermine un certain degré de régurgitation qui ne peut jamais égaler la totalité du sang chassé dans l'aorte, autrement la circulation s'arrêterait complètement sur-le-champ. On a calculé que la quantité de sang qui reflue peut équivaloir au tiers environ du contenu total du ventricule (3); elle doit être en réalité moindre

(1) Voir le numéro 30.

(2) Pettigrew. *Sur les relations, la structure et les fonctions des valvules dans le système vasculaire des vertébrés.* (*Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, vol. XXIII, p. 799.)

(3) Davies. *The mechanism of the circulation through Diseased Hearts.* (London, 1859, p. 51.)

encore. Sous l'influence de la systole aortique et de la pression négative intra-ventriculaire, le sang reflue de l'aorte et de l'oreillette dans le ventricule pendant sa distension, remplit sa cavité et ramène en apposition les valves de la valvule mitrale. Aussitôt que le ventricule est revenu à ce que Foster appelle sa condition normale, son expansion active cesse; il s'établit une période de repos ou de tranquillité, pendant laquelle le sang contenu dans la cavité ventriculaire, dans l'aorte et dans l'oreillette, n'est plus soumis qu'à l'influence des lois hydrostatiques.

La plus importante de ces lois, en ce qui concerne l'insuffisance aortique, est celle à laquelle on a donné le nom de celui qui l'a émise le premier, la loi de Pascal. Une pression exercée sur un point quelconque d'une masse liquide se transmet intégralement dans toutes les directions et agit avec la même force sur des surfaces égales; cette force agit normalement à ces surfaces.

Cette loi a une influence probable en amenant une dilatation graduelle du ventricule gauche quand l'orifice aortique est insuffisant; mais cette influence est très lente selon un des corollaires de la loi de Pascal que ce que l'on gagne en puissance, on le perd en rapidité. Il existe un autre corollaire de la loi de Pascal, peut-être encore plus important au point de vue qui nous intéresse, c'est que la pression transmise par une masse liquide est proportionnelle à la surface sur laquelle elle s'exerce. Or, l'aire de l'orifice mitral peut être évalué à environ 1,25 pouce carré, et celui de l'orifice aortique, dans les cas anormaux, à 0,25 pouce carré, jamais plus, quelquefois, beaucoup moins. La proportion respective de ces deux surfaces est donc comme 5 est à 1 (1). A ne considérer que les surfaces, la colonne sanguine, dans l'oreillette, est donc quatre fois équivalente à celle qui existe dans l'aorte, circonstance qu'une troisième corollaire de la loi de Pascal rend favorable, c'est-à-dire que la pression exercée de haut en bas dans une masse liquide est égale à celle exercée de bas en haut. Nous pouvons cependant supposer que la pression de la colonne du sang dans l'aorte est équivalente à la pression même du sang qui s'exerce sur les valves aortiques et que le ventricule a à surmonter avant que les segments valvulaires soient refoulés et ouverts, et le sang projeté dans l'aorte. Cette pression équivaut à 250 millimètres de mercure, soit 3 mètres de sang. Mais il faut se rappeler en outre que par suite de l'absence d'une résistance capillaire, et de la non-existence de nerfs vaso-moteurs dans les poumons, l'effet mécanique de la systole du ventricule droit se fait sentir depuis l'artère pulmonaire jusqu'au ventricule gauche; on a évalué cet effet mécanique à un quart de la force du ventricule gauche, 60 millimètres de mercure ou 3/4 de mètre de sang. Si on multiplie ces données par 5 pour les ramener à leur valeur réelle, on trouve que le chiffre de la pression obtenue est supérieur à la pression exercée de haut en bas, soit 300 millimètres de mercure ou 3 m. 75 de sang; il ne peut donc se faire de régurgitation par l'orifice aortique. Mais si nous considérons que le fait du remplissage du ventricule abaisse quelque peu la pression intrapulmonaire et que le sang passe à travers l'orifice mitral avec une pression qui n'équivaut qu'à une colonne de sang de 6 pouces, comme Davies l'a démontré (2), il nous faut également tenir compte de la réduction de la pression sanguine déterminée par le reflux de la colonne aortique, et celle-ci, jointe à l'inocclusion valvulaire, semble pouvoir abaisser la pression de cette colonne à celle exercée par une colonne de sang de 18 pouces, ou encore par une colonne de sang s'étendant de la base du cœur au sommet de la tête. Mais la pression au niveau de l'orifice mitral — 6 pouces — multipliée par 5 pour obtenir sa valeur proportionnelle, équivaut à une pression relative de 30 pouces, pression beaucoup plus que suffisante pour empêcher tout reflux par l'orifice pulmonaire pendant la période de repos de la diastole.

En conséquence, non seulement la diminution dans le nombre des contractions amoindrit les chances de régurgitation, mais encore cette régurgitation n'est point augmentée, bien que la période diastolique soit en réalité prolongée; le reflux est diminué par le retentissement déterminé dans l'action du cœur, et l'équilibre de la circulation tend à s'établir d'une façon plus régulière. L'influence de la digitale, en ralentissant les battements du cœur, bien loin d'être nuisible dans l'insuffisance aortique, se trouve être, au contraire, très avantageuse.

Mais en dehors de son action de ralentissement sur les battements du cœur, action qui n'est qu'accidentelle ou secondaire, la digitale possède à un degré éminent les propriétés qui appartiennent au groupe de médicaments qu'on a appelés digitaliques. Elle accroît l'élasticité du tissu musculaire, de telle sorte que celui-ci se distend et se contracte plus complètement et plus parfaitement, et comme le sang passe plus fréquemment à travers le cœur qu'à travers n'importe quel autre muscle, cette action s'exerce surtout sur le cœur, et s'exerce sur le cœur, alors même que les autres muscles n'en sont pratiquement point influencés (1). L'importance d'une telle action sur un cœur affaibli ne peut être assez évaluée; dans tous les cas de compensation rompue dans l'insuffisance mitrale, nous sommes habitués à compter sur la digitale et notre espoir est rarement déçu. Pourquoi aurions-nous des déboires dans l'insuffisance aortique? Dans les premiers temps de l'insuffisance aortique, le cœur est bien nourri; toutes ses parties sont bien fournies de sang, lequel, par suite du flot sanguin augmenté de volume et de la situation des coronaires, doit être dans tous les cas, à une tension anormalement élevée; dès lors la nutrition du cœur est particulièrement bien établie; il n'existe aucun symptôme morbide, et il n'est besoin d'aucun traitement. Quand, pour une raison quelconque cependant, la compensation vient à être rompue, un cœur aortique se trouvera aussi favorablement influencé par la digitale que n'importe quel autre cœur en état de défaillance; mais il faut employer de plus fortes doses de digitale, et l'on obtiendra même une action moindre que dans les cœurs mitraux avec une dose trois fois plus forte.

En admettant même que, sous l'influence du traitement, le pouls devienne anormalement ralenti, ce qui n'est point du tout l'habitude et ce qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir pour en tirer avantage, nous pouvons rester assurés qu'une régurgitation exagérée ne se produit pas; et bien que la mort soudaine ne soit pas un fait rare dans le cœur aortique avec compensation mal établie, que la digitale ait été administrée ou non, la digitale ne doit jamais être incriminée. Au contraire, l'emploi judicieux de la digitale constitue le traitement le plus efficace dans tous les cas de cœur affaibli, que cet affai-

(1) Davies. *Loc. cit.*, p. 48.

(2) *Loc. cit.* Les calculs contenus dans ce travail ont été établis par le Dr Hemghton, de Trinity-College, Dublin.

(1) Stockmann. *New Official Remedies*, Londres, 1891, p. 58.

blissement dépende d'une insuffisance mitrale ou d'une insuffisance aortique. Sauf, cependant, dans la défaillance du cœur qui dépend de l'artério sclérose; alors l'action tonique de la digitale sur le cœur est annihilée, à moins que nous ne l'associons avec quelque autre substance qui dilate les artères; on évite ainsi l'accroissement de la tension artérielle qui est déjà anormalement élevée.

(*British Méd. J.*, 4 juin 1892.)

REVUE DES JOURNAUX

SYPHILIS

I. — SUR LES CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX, par le prof. E. DURING. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, t XIII, n° 11.)

II. — INFECTION SYPHILITIQUE EXTRA-GÉNITALE, par le Dr S. RONA, de Pesth. (*Eodem loco*, n° 10.)

III. — SUR LA DÉCOLORATION DE LA PEAU, CONSÉCUTIVE AUX EXANTHÈMES SYPHILITIQUES SECONDAIRES, par le Dr EHRMANN, (*Wiener medicin. Blaetter*, 1891, n° 47.)

IV. — ULCÈRES AUX JAMBES ET SYPHILIS, par le Dr F. MRACEK. (*Internationale Klinische Rundschau*, 1892, n° 5.)

I. — M. During exerce à Constantinople, pays où la pédérastie est très répandue. C'est ce qui explique comme quoi, sur 42 chancres extra-génitaux observés par l'auteur en l'espace de dix-huit mois, 31 siégeaient au pourtour de l'anus, ou au niveau de l'orifice anal ou dans le rectum. Cinq seulement concernaient des adultes (1 femme et 4 hommes). Quand le chancre occupe le siège enquestion, il n'est pas toujours facile de diagnostiquer un accident primitif, parce que souvent le chancre prend l'aspect d'une papule végétante et suintante et que tout autour se développent des condylomes plats.

Dans 12 cas, où le diagnostic du chancre infectant a pu être établi avec certitude, l'accident primitif se présentait avec les caractères suivants :

Tantôt sous la forme d'une induration, ulcérée ou non, plus rarement sous la forme d'une papule ulcérée. Quand le chancre occupait l'intérieur du rectum, il était facilement accessible à la palpation. Au spéculum il se présentait sous la forme d'une saillie de la muqueuse, d'un gris jaunâtre ou d'un violet pâle.

D'autres fois, le chancre rectal se présentait sous la forme d'une induration plate, parcheminée, dont les dimensions atteignaient jusqu'à trois fois celles d'une pièce de cinquante centimes.

Chez un malade, le chancre occupait un des plis de l'anus, sous la forme d'une fissure indurée, fortement suintante, qui saignait facilement, qui était extrêmement douloureuse.

Enfin, chez un autre malade, le chancre formait une induration circulaire autour de l'orifice anal.

II. — M. Rona, de Pesth, a observé 46 cas de chancres extra-génitaux, a savoir : 26 chancres des lèvres, 8 chancres des amygdales, 3 chancres siégeant à un doigt, 2 chancres de l'abdomen, 1 chancre du front, un chancre siégeant à la paupière inférieure, un autre sur la conjonctive de l'œil gauche, un autre à la moitié gauche de la face, un autre dans la région inguinal, enfin un chancre à l'anus (chez un pédéraste).

Dans un cas de chancres indurés multiples, l'inoculation de la syphilis avait eu lieu lors d'une séance de ventouse.

Une femme avait contracté un chancre à la lèvre, après trois années de mariage. Le mari était syphilitique depuis six années. Dans le courant des trois dernières années, il n'avait jamais remarqué la moindre éruption sur le gland; par contre il présentait des plaques aux lèvres, à l'époque où il avait transmis la syphilis à la femme.

Le chancre de la conjonctive, constaté par Rona chez un enfant de 4 ans, se présentait sous les dehors d'un foyer d'infiltration, de 1 centim. d'étendue, situé à la partie extérieure de l'œil. Quand le malade portait son globe oculaire en dehors, le chancre faisait saillie sous forme d'un pli épais, d'un brun sale. L'enfant a présenté des manifestations secondaires de la syphilis.

III. — La décoloration de la peau ou leucodermie, d'origine syphilitique, par suite de sa longue persistance, a une importance diagnostique très considérable. D'après M. Ehrmann, les plaques de leucodermie se rencontrent exclusivement en des points qui ont été précédemment le siège d'efflorescences syphilitiques. Quand on marque avec soin les zones qui ont été occupées par des plaques de roséoles ou par des papules, il faut plus tard mettre en jeu la plus grande attention pour découvrir à leur niveau la disparition du pigment.

En somme, les plaques de leucodermie ne sont pas des manifestations, mais simplement des résidus de la syphilis. Aussi la thérapeutique est-elle impuissante contre elles. D'autre part, l'exanthème qui laissera à sa suite les plaques de leucodermie est souvent très fugace, et ces plaques peuvent être masquées par une hyperémie transitoire.

Il arrrive aussi qu'une première poussée de syphilides ne laisse point à sa suite de leucodermie, tandis que celles-ci se montrent à la suite d'une éruption récidivante. Les plaques qui succèdent aux exanthèmes récents, sont uniformément disséminées sur le devant de la poitrine et sur la nuque; celles qui se montrent à la suite d'exanthèmes récidivants sont groupées plus ou moins régulièrement par cercles. On les rencontre sur la peau des personnes de teint très foncé et chez les nègres, ainsi qu'aux régions fortement pigmentées; mais elles ont pour siège de prédilection, les régions exposées à de fréquentes irritations chimiques et thermiques, ainsi la nuque chez les femmes. Chez 94, 4 0/0 des femmes syphilitiques examinées par l'auteur, les plaques de leucodermie descendaient jusqu'au niveau de la septième vertèbre cervicale, tandis qu'il n'en était ainsi que chez 3 0/0 des hommes, ce qui tient à ce que les femmes tiennent le cou dénudé dans une étendue plus grande que les hommes. Indépendamment de la nuque et de la poitrine, la région interscapulaire, le pli antérieur de l'aisselle, la région des lombes et le ventre sont souvent envahis par les plaques de leucodermie. Une fois constituées, celles-ci peuvent gagner en étendue, ainsi que l'auteur a pu s'en rendre compte chez un syphilitique qui avait horreur des préparations mercurielles et iodurées.

IV. — D'après M. Mracek, les ulcères syphilitiques des membres inférieurs sont relativement rares; ils se rencontreraient dans la proportion de 1 sur 14 on 15 ulcères affectant le siège en question. Ils proviennent en général de la fonte de gommes syphilitiques, développées dans la peau et surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il arrive souvent qu'on hésite à reconnaître la nature spécifique de ces ulcères, surtout quand les intéressés nient ou ignorent avoir eu la syphilis,

Le diagnostic devra s'appuyer surtout sur la préexistence d'une gomme. Il arrive assez souvent que lorsque l'ulcère a déjà atteint son plein développement, un examen minutieux de la partie malade fasse découvrir une infiltration gommeuse récente, située à la périphérie de l'ulcère; on a des chances alors de voir cette zone d'infiltration se développer, se ramollir et finalement se transformer en une surface ulcérée.

Quand des ulcérations voisines fusionnent, il en résulte des ulcérations serpigineuses d'un aspect spécial. Le pourtour de ces ulcérations est bleuâtre, tirant sur la teinte cuivrée, les bords sont infiltrés, taillés à pic du côté du fond de l'ulcère. La matière sécrétée est de faible consistance, parfois teintée de sang ou septique. Dans quelques cas d'ailleurs, le diagnostic ne peut se faire que d'après les résultats fournis par l'emploi de la médication spécifique.

Le traitement consistera dans des soins de propreté et de désinfection; lavages avec des solutions faibles de sublimé et d'acide phénique; saupoudrage avec de l'iodoforme, ou quand le fond de l'ulcère est bien détergé, avec de la pommade au précipité rouge.

Sitôt que l'ulcère se sera aplati, on appliquera un emplâtre mercuriel. A l'intérieur on prescrira de l'iodure de potassium, à la dose quotidienne de 1 à 10 grammes. Quand l'iodure n'est pas supporté, on prescrira du sirop d'iodure de fer, étendu de quatre fois son poids de sirop simple, à prendre deux fois par jour une cuillerée à bouche. Quand la médication iodurée agit trop lentement, il faut recourir aux frictions mercurielles.

Revenant sur la question de diagnostic, l'auteur trace ainsi les caractères différentiels des ulcères vulgaires et des ulcères syphilitiques des jambes :

1° Les premiers sont en rapport avec des varices, ce qui n'a pas lieu pour les seconds;

2° et 3° Les premiers ont des bords calleux, plats, les seconds sont serpigineux, à bords infiltrés, se désorganisant d'une façon irrégulière ;

4° Les premiers ont leur pourtour d'une teinte cuivrée, livide et sont secs ; les seconds sont généralement entourés d'une zone eczémateuse ;

5° Au pourtour des ulcérations syphilitiques on découvre souvent des infiltrations gommeuses récentes ;

6° Les ulcérations communes se compliquent le plus souvent de pachydermie et d'éléphantiasis, ce qui n'a pas lieu pour les seconds.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections médicamenteuses, par M. Blaizot. Th. Paris.

Le travail de M. Blaizot a perdu de son intérêt depuis les récentes communications de M. Lannelongue. Il résume néanmoins, à cette exception près, l'état de la question sur le traitement des tuberculoses locales, par les injections médicamenteuses; il laisse deviner même comment on est arrivé par sélection à employer le chlorure de zinc auquel tous les praticiens, acceptant la technique du chirurgien de l'hôpital Trousseau, semblent actuellement donner la préférence.

Pour M. Blaizot, l'injection d'un liquide parasiticide, caustique ou modificateur de la nutrition, approprié, constitue une méthode de traitement rationnelle des tuberculoses chirurgicales. L'iodoforme répondrait à la première indication, le chlorure de zinc à la deuxième et le phosphate de chaux à la troisième.

Le traitement par les injections iodoformées plus particulièrement étudiées ici aurait l'avantage de ne pas exiger en général de repos absolu, d'exposer moins aux récidives et pas du tout à l'auto-inoculation, enfin d'être encore applicable lorsque certaines dispositions anatomiques de la lésion, l'état général ou l'âge du malade rendent l'intervention chirurgicale impossible. Il a, sur le traitement chirurgical, le désavantage d'être beaucoup plus long et de donner des résultats moins certains, mais il a, en revanche pour lui de ne pas provoquer de délabrements et de laisser peu ou point de cicatrices.

A moins d'urgence, conclut l'auteur, les injections médicamenteuses seront toujours employées comme premier traitement des tuberculoses chirurgicales, car en cas d'insuccès elles constituent un traitement pré-opératoire qui a une grande valeur pour prévenir la généralisation tuberculeuse.

Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique, par M. Sardou. — Th. Paris.

L'ostéoclasie et l'ostéotomie transversale linéaire ou cunéiforme, appliquées au traitement de fractures vicieusement consolidées avec déviation angulaire et chevauchement des fragments, peuvent bien corriger la déformation et la part de raccourcissement qui en est la conséquence, mais elles sont impuissantes à rendre au membre malade la longueur que le chevauchement lui a fait perdre. Pour atteindre ce dernier but, il faut avoir recours à la méthode de M. Hennequin qui permet, à condition toutefois, qu'il n'y ait pas de perte de substance osseuse, de restituer à l'os fracturé la plus grande partie ou même la totalité de la longueur du raccourcissement dû au chevauchement, tout en ramenant les fragments dans l'axe normal. On s'y conforme en sectionnant l'os au niveau du cal suivant une ligne à obliquité calculée d'après la longueur du raccourcissement à corriger, en faisant glisser les deux fragments l'un sur l'autre, en pratiquant une extension continue intensive et proportionnée au résultat cherché, en assurant le redressement des fragments et leur contact jusqu'à consolidation par l'extension, aidée d'autres moyens tels que, gouttière crurale, coussins d'ouate, attelles, fil de rappel, position du membre.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Syphilis. (*Traitement mixte.*)

(1)	Biiodure de mercure............	0 gr. 03
	Iodure de potassium...........	8 —
	Sirop de salsepareille composé..	30 — àà
	Eau............................	

Dissoudre et mêler; dose : une cuillerée à café.

(R. W. Taylor. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

(2)	Biiodure de potassium...........	0 gr. 09
	Iodure de potassium............	5 —
	Sirop...........................	60 —

Dissoudre et mêler; dose : une cuillerée à café.

(E. A. Banks. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

BULLETIN

SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE ACTUELLE. — LES RAPPORTS DU TRAUMATISME ET DES AFFECTIONS DU FOIE. — LA SIPHYLIS DU CŒUR.

— La population parisienne n'est pas encore remise de l'impression causée par les divulgations de la presse relativement à l'existence d'une petite épidémie cholérique aux portes de notre grande cité, et malgré les affirmations encourageantes des médecins compétents, elle ne semble pas complètement rassurée. Cependant, l'enquête instituée de divers côtés a réduit dès le principe les déclarations des journaux à leur juste valeur; car elle a prouvé que les faits signalés et décrits sous l'étiquette banale de choléra n'étaient en réalité que des cas isolés d'entérite cholériforme, tout à fait semblables à ceux que nous voyons se produire chaque année dans cette saison, et n'offrant avec la maladie asiatique qu'une ressemblance clinique très éloignée.

Cette enquête, vivement et habilement menée, s'est distinguée des précédentes par un caractère de précision qui doit être attribué principalement à l'intervention des méthodes bactériologiques, de plus en plus scientifiques et vigoureuses. Incontestablement, ces méthodes ont introduit dans la question des moyens d'information et des éléments de certitude que l'on ne pouvait rencontrer dans les travaux de nos prédécesseurs. On pourra se convaincre de cette vérité, en prenant connaissance des rapports qui ont été adressés sur ce sujet à diverses Sociétés. C'est ainsi que, pendant la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, nous avons eu la satisfaction d'entendre M. Netter, un des maîtres de la microbiologie, protester au nom des données de cette science contre l'opinion qui voudrait identifier les cas relevés dernièrement dans la banlieue parisienne avec le choléra véritable. Les conclusions de notre collègue sur ce point sont formelles et ne peuvent laisser place au doute, appuyées qu'elles sont sur des examens réitérés et entourés de toutes les garanties exigibles en pareille matière. C'est ainsi qu'il a été amené à formuler nettement les propositions suivantes :

1° L'existence de cas de choléra contractés à Paris n'est nullement démontrée, et tout porte à croire, au contraire, que le choléra vrai n'existe pas dans la capitale;

2° La plupart des cas signalés se rapportent à des diarrhées cholériformes sans relation avec le *bacille-virgule*, c'est-à-dire avec le microorganisme du choléra véritable.

Telles sont les principales et importantes conclusions de M. Netter, qui, d'ailleurs, ne conteste pas que certains des cas enregistrés dans la banlieue soient imputables à une véritable intoxication cholérique. Mais ces derniers faits seraient tout à fait isolés et devraient être séparés soigneusement de ceux qui ont pu se rencontrer dans l'enceinte même de la ville. Nous prendrons acte de cette distinction, encore bien qu'elle puisse, aux yeux de quelques-uns, paraître un peu factice ou tout au moins entachée de subtilité. En effet, nous croyons savoir que des cas, d'ailleurs fort peu nombreux, d'affections cholériformes, suivis de mort rapide, ont été relevés ces jours derniers dans quelques-uns des hôpitaux du centre. Nous avons même eu connaissance d'un cas semblable, observé, il y a huit jours à peine, à l'hôpital de la Pitié. Le malade, un homme encore jeune, fut enlevé en moins de deux jours par une maladie qui offrait tous les symptômes du choléra asiatique. Après enquête, on apprit que cet homme demeurait à la barrière d'Italie, c'est-à-dire dans une région de la zone périurbaine pour ainsi dire opposée à celle où l'épidémie était restée circonscrite jusqu'à présent. Ce fait tendrait à établir que la dissémination du germe cholérique est, à l'heure actuelle, plus étendue que ne pouvaient le faire croire les premières manifestations : mais nous devons reconnaître aussi qu'il ne saurait à lui seul infirmer la distinction bactériologique proposée par M. Netter, et que cette distinction conserve toute sa valeur. Au point de vue pratique, on peut toujours en tirer cette conclusion, à savoir, que les mesures d'hygiène deviennent de plus en plus indispensables, et surtout que la nécessité de distribuer partout une eau pure, exempte de souillures et de germes, s'impose avec plus de rigueur que jamais.

— Depuis longtemps, M. le professeur Verneuil poursuit avec persévérance une étude particulièrement délicate, celle de l'influence réciproque que le traumatisme, opératoire ou accidentel, et les affections viscérales peuvent exercer l'un sur l'autre. Il s'agit là d'une question encore très obscure, dans laquelle la lumière ne peut résulter que de l'accumulation de faits nombreux et précis, et qu'on ne peut espérer pouvoir résoudre qu'avec le concours de tous les chirurgiens observateurs et consciencieux. On doit reconnaître pourtant que, dans les trois faits rapportés par M. Verneuil, la vraisemblance est du côté de l'opinion qui attribue la mort des opérés aux altérations hépatiques concomitantes. Et on ne peut nier que notre maître ait au moins les apparences pour lui, quand il enseigne que la mort survenant inopinément chez des individus atteints d'affections chirurgicales simples et soumis à une intervention opératoire correcte et modérée, devra faire soupçonner des lésions hépatiques restées ignorées ou méconnues. En fait, cette interprétation réunit un certain nombre de probabilités: mais il y a aussi de sérieuses objections.

Les causes de mort chez les opérés sont nombreuses, et pour la plupart encore mal connues. L'intoxication chloroformique, le choc opératoire, l'épuisement nerveux, etc., ne représentent que les plus fréquentes et les plus notoires, celles avec lesquelles nous sommes le plus familiarisés. Puis il y a l'infection septicémique, dont l'antisepsie ne préserve pas infailliblement, et qui ne se révèle pas toujours par des symptômes faciles à reconnaître. D'un autre côté, il n'est pas non plus toujours possible de fournir la preuve de l'influence aggravante des lésions vésicales, lors même que l'on soupçonne cette influence. On peut objecter encore la difficulté de trouver ici une sanction thérapeutique suffisante: la recommandation de traiter l'affection viscérale avant l'opération ne pouvant s'appliquer avec fruit qu'à un petit nombre de cas, et non à ceux de M. Verneuil dans lesquels on avait affaire à des dégénérescences hépatiques à peu près incurables. Aussi, craignons-nous que la notion à laquelle notre maître semble attacher tant de prix ne reste inféconde et stérile, et qu'elle ne diminue pas sensiblement le nombre des aléas qui pèsent encore sur les opérés, malgré les progrès de la chirurgie. D'ailleurs, cette réserve n'enlève rien à la valeur du travail auquel nous faisons allusion, et ne saurait nous empêcher de rendre hommage à la persévérance que l'auteur apporte à élucider ces grands problèmes de physiologie pathologique, si obscurs encore à l'heure présente, malgré tant d'efforts et de recherches méritoires.

— Un savant étranger qui est notre hôte pendant quelques semaines chaque année, M. le Dr Semmola, de Naples, est venu communiquer à l'Académie des faits intéressants qui se rapportent à une question encore bien obscure, celle des rapports de la syphilis avec le cœur. Nous ne possédons guère de notions précises sur ce sujet, à peine quelques connaissances anatomiques relatives à l'existence des lésions vasculaires ou scléreuses engendrées par l'infection syphilitique. Mais notre confrère italien a délibérément écarté ce dernier côté de la question et s'est rattaché exclusivement à l'étude d'une certaine catégorie de symptômes formant, selon lui, de véritables cardiopathies primitives. Comme preuve de l'influence que l'on doit attribuer ici à la syphilis, M. Semmola invoque les résultats du traitement spécifique et les excellents effets, pour ne pas dire les guérisons, que l'intervention de ce traitement aurait produit entre ses mains. La notion qui découle de ces faits aurait acquis, aux yeux de notre confrère, une probabilité suffisante pour qu'il ait cru devoir la transporter dans sa pratique, au bénéfice de nombreux malades, paraît-il. Nous lui laisserons la responsabilité de ses affirmations, tout en insistant sur les erreurs d'interprétation qui peuvent se glisser en pareille matière.

Nul n'ignore, par exemple, que le phénomène de l'arythmie indiqué par M. Semmola comme caractéristique des cardiopathies syphilitiques primitives est un symptôme commun à beaucoup d'altérations ou d'affections de l'organe central, et qui, par le fait même de cette fréquence, perd une grande part de sa valeur. Ensuite on peut discuter sur l'influence réelle du traitement spécifique, attendu que l'arythmie est un phénomène essentiellement variable et facile à modifier par des moyens très simples, tels que le repos physique et la tranquillité morale. On pourrait présenter encore d'autres objections, mais celles-ci ne nous empêcheront pas de reconnaître que le savant médecin de Naples a eu raison d'attirer l'attention sur des faits encore peu connus, et d'affirmer que les observations rapportées par lui méritent la plus sérieuse attention.

P. M.

NOUVELLES

La limite d'âge pour le concours de l'internat. — A la fin de l'année dernière, le conseil de surveillance de l'Assistance publique avait fixé à vingt-cinq ans la limite d'âge pour le concours de l'internat des hôpitaux. Cette limite devrait être appliquée à partir du concours de 1893.

Des protestations nombreuses s'étaient produites; cette disposition créa des inégalités regrettables entre diverses catégories de candidats.

Plusieurs pétitions avaient été signées par les étudiants; les médecins des hôpitaux eux-mêmes avaient appuyé les réclamations.

L'Association générale des étudiants a imaginé une solution qui a reçu l'approbation unanime et qui est ainsi conçue :

« Les étudiants ne pourront concourir pour l'internat que les six années qui suivront la prise de leur première inscription. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai.

« Cette mesure sera applicable à partir du concours de 1896. »

Cette proposition offrait de sérieux avantages. Elle permettait aux étudiants de préparer l'internat pendant six années, non compris leur temps de service militaire, et d'obtenir avant le délai légal (vingt six ans) leur titre de docteur en cas d'échec à l'internat. En outre, elle plaçait dans des conditions égales tous les candidats; les étrangers, les réformés, les femmes n'auront plus l'avance que leur donnait l'année de service de leurs concurrents.

Enfin, au contraire d'une limite établie sur l'âge, elle n'éliminera pas fatalement du concours les candidats qui commencent un peu tard leurs études.

Sur le rapport de M. Brouardel, cette proposition de l'Association vient d'être adoptée par le conseil de surveillance de l'Assistance publique.

École du service de santé militaire. — Les épreuves écrites du concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire ont eu lieu, dans toute la France, les 21 et 22 juillet.

Les sujets des compositions ont été les suivants :

Histoire naturelle. — Fonctions physiologiques des feuilles.

Chimie médicale. — Composés oxygénés du carbone.

Histoire. — Par quels événements ont été préparés au XVIIIe siècle les partages de la Pologne? Quels ont été les résultats de ces partages pour les puissances européennes qui s'y sont associées?

Langue étrangère. — Un thème anglais ou allemand sans dictionnaire.

La liste des candidats reconnus admissibles à la suite de ces épreuves (admissibilité au 1er degré) paraîtra au *Journal officiel* probablement vers le 15 août.

Ceux des candidats admissibles au 1er degré qui doivent passer les épreuves orales à Lyon, y subiront les épreuves orales d'admissibilité le 3 septembre et les jours suivants. Les candidats admissibles au 2e degré passeront les épreuves définitives dès que les épreuves d'admissibilité seront terminées.

39 candidats étant inscrits à Lyon pour les compositions écrites, 27 se sont présentés. Ceux qui ont fait défaut avaient, pour la plupart, été ajournés au premier examen de doctorat.

Parmi les jeunes gens qui ont fait leurs compositions écrites à Lyon, il en est un certain nombre qui, étudiants de la Faculté de médecine de Lyon, ont demandé à subir les épreuves orales dans le lieu de résidence de leur famille. (*Lyon méd.*)

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 24 AU 30 JUILLET 1892

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 25. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë et chronique, 38. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 51. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 140. — Fièvre et péritonite puerpérales, 15. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 8. — Total 956.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA TOXICITÉ COMPARÉE DES MÉTAUX ALCALINS ET ALCALINO-TERREUX

Par M. Paul BINET

Les métaux étudiés dans cette note sont le lithium, le sodium, le potassium, le magnésium, le calcium, le strontium, le baryum. Les sels employés ont été les chlorures, comme se prêtant le mieux à des recherches comparatives ; mais les résultats ont été confirmés avec d'autres sels.

C'est à l'injection sous-cutanée qu'il est préférable d'avoir recours. L'injection intra-veineuse est trop dangereuse pour le cœur. L'ingestion stomacale donne des résultats insuffisants, souvent compliqués d'effets purgatifs.

Les expériences ont été faites sur des animaux à sang chaud (chat, lapin, rat, cobaye) et sur les grenouilles verte et rousse. La grenouille permet une analyse plus complète de l'intoxication, qui, chez les animaux à sang chaud, amène souvent une mort trop rapide par asphyxie.

Ces recherches nous conduisent aux résultats suivants :

1° La propriété la plus générale, exercée sur l'organisme par les sels métalliques, est la perte d'excitabilité du système nerveux central et périphérique, puis l'altération de la contractilité musculaire.

2° Ce stade ultime est précédé de troubles de la respiration et du cœur, qui peuvent amener une mort rapide avant tout autre phénomène, surtout chez les animaux à sang chaud. Chez ces derniers, on peut observer, même avec l'injection sous-cutanée, des troubles gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée, particuliérement avec le baryum et le lithium.

3° A côté de leur action commune générale, les métaux se distinguent entre eux par des caractères particuliers, qui permettent d'établir une relation entre la nature de l'action physiologique exercée par le métal et la place qu'il occupe dans la classification chimique.

4° Le groupe naturel lithium, sodium, potassium, se caractérise par l'arrêt du cœur en diastole, l'inertie motrice flasque sans contractures ; le groupe calcium, strontium, baryum, par l'arrêt du cœur en systole et la tendance aux contractures, qui s'accusent surtout avec le baryum.

5° Le calcium se distingue en outre par l'action spéciale qu'il exerce sur le système nerveux central : un état de torpeur avec conservation de l'excitabilité réflexe et de la sensibilité.

6° Le magnésium se rapproche du premier groupe par l'arrêt du cœur en diastole ; mais il s'écarte des autres métaux par la paralysie précoce du système nerveux périphérique. Il est paralyso-moteur comme le curare ; mais il se distingue de ce dernier en ce qu'il respecte plus longtemps la respiration et qu'il finit, à haute dose, par paralyser le cœur et les muscles, comme tous les poisons métalliques.

7° D'après l'intensité de leur action toxique, étudiée chez la grenouille, les métaux alcalins et alcalino-terreux peuvent être classés dans l'ordre décroissant suivant : *lithium, potassium* et *baryum*, très toxiques ; *calcium* et *magnésium*, beaucoup moins toxiques ; *strontium*, peu toxique ; *sodium*, d'une toxicité presque nulle.

Chez les mammifères, l'ordre est un peu différent, à cause de la prépondérance des troubles cardio-respiratoires. C'est le *baryum* qui, pour eux, est de beaucoup le plus toxique.

Chez des grenouilles rousses d'un poids moyen de 30 gr., nous avons obtenu les chiffres suivants, comme dose mortelle limite pour les divers chlorures :

Chlorures.		Valeur en métal.		Poids atomique.
LiCl.....	0,04	Li....	0,0066	7
KCl.....	0,015 à 0,02	K....	0,008 à 0,01	39
$BaCl^2$....	0,02 à 0,025	Ba...	0,013 à 0,016	137
$CaCl^2$....	0,07	Ca...	0,025	40
$MgCl^2$...	0,11	Mg...	0,028	24
$SrCl^2$....	0,12	Sr....	0,066	87,5
NaCl toxicité presque nulle				23

(Seulement un peu de faiblesse avec 0,30.)

Si l'on prend pour unité de toxicité celle du *strontium*, on aurait les valeurs approchées suivantes pour les divers métaux : *sodium* 0, *strontium* 1, *magnésium* 2 1/2, *calcium* 3, *baryum* 5, *potassium* 7, *lithium* 10.

8° Il n'y a donc pas de rapport constant, contrairement à la loi posée par Rabuteau, entre la toxicité d'un métal et son poids atomique ; cette relation ne peut pas être cherchée non plus dans les éléments d'un même groupe. Ainsi, dans la triade *lithium, sodium, potassium*, c'est l'élément du milieu qui est le moins toxique ; de même, dans la triade *calcium, strontium, baryum*. Toutefois on ne saurait en déduire une règle générale, applicable à d'autres triades.

9° La toxicité des métaux pourrait être mieux déterminée en tenant compte de la tolérance toute spéciale de l'organisme pour le *sodium*, probablement par le fait d'une adaptation ancienne à un milieu salé, et en appréciant le degré dont les divers métaux s'écartent de ces conditions d'adaptation par l'ensemble de leurs propriétés.

Nous avons été conduit ainsi à l'énoncé d'une loi dont nous poursuivons actuellement la vérification expérimentale pour toute la série des métaux.

GREFFE SOUS-CUTANÉE DU PANCRÉAS ; SES RÉSULTATS AU POINT DE VUE DE LA THÉORIE DU DIABÈTE PANCRÉATIQUE,

Par M. E. Hédon.

Dans la séance du 9 avril 1892, j'ai exposé à la Société de Biologie un procédé pour greffer le pancréas sous la peau. Je rappellerai seulement qu'il consiste à fixer sous la peau du ventre la portion descendante du pancréas du chien, en ayant soin de respecter une connexion vasculaire, de façon à assurer la nutrition de la glande pendant que les adhérences se forment entre le pancréas et le tissu cellulaire sous-cutané. C'est, si l'on veut, une ectopie de la portion descendante du pancréas. Mais plus tard, c'est bien une véritable greffe ; car lorsque la plaie est cicatrisée, le fragment de glande devenu sous-cutané ne communique plus avec la cavité abdominale que par deux vaisseaux très grêles (artère et veine) passant à travers le tissu de cicatrice de la plaie. On peut alors lier ces vaisseaux, sans compromettre la vitalité de la greffe. Toutefois, cela n'est pas constant, et dans quelques cas la greffe s'est atrophiée, après la ligature du pédicule vasculaire venant de la cavité abdominale.

Faite d'après cette méthode, la greffe du pancréas réussit constamment. Dans les premiers jours, par suite de la rétention dans les canaux glandulaires du suc pancréatique qui continue à être sécrété, le fragment de glande devient très volumineux et forme une grosse tumeur sous la peau. Lorsque la ligature posée au niveau de la section de la glande est tombée, il y a excrétion du suc pancréatique, et s'il se déverse dans le tissu cellulaire sous-cutané, un phlegmon très étendu en est la conséquence. Pour éviter cet accident, il faut avoir soin, en logeant le fragment de glande sous la peau décollée, de fixer la coupe du pancréas au niveau des lèvres de l'incision cutanée.

Lorsque l'inflammation est passée, la greffe forme une tumeur dure de la grosseur d'un œuf, soulevant la peau à côté de la ligne blanche abdominale. La plaie cicatrise vite, sauf un petit pertuis fistuleux qui déverse un liquide, qui doit être du suc pancréatique (je ne donne ce fait qu'avec réserve, je l'établirai plus tard par des digestions artificielles). A la longue, cette fistule elle-même se ferme, l'excrétion se tarit et cependant, malgré *l'absence complète de sécrétion externe*, la glande greffée ne diminue plus de volume et conserve complètement sa structure : canaux excréteurs libres, recouverts de leur épithélium ; acini complètement normaux : on ne peut noter d'anormal qu'un épaississement des grosses travées connectives. Mais les acini ne souffrent nullement ; ils ne sont pas comprimés.

Voici maintenant le résultat remarquable que donne la greffe ainsi pratiquée, au point de vue de la théorie du diabète d'origine pancréatique :

1° *Si à un chien porteur d'une greffe on extirpe tout le pancréas qui reste dans l'abdomen, il ne se produit pas de glycosurie.*

2° *L'extirpation de la greffe, faite sans anesthésie, en quelques secondes, comme on enlève une tumeur, est suivie d'une glycosurie très intense qui se développe en quelques heures et persiste jusqu'à la mort de l'animal.*

Par exemple :

1er *temps.* — Un chien de 16 kilogrammes a subi le 15 juin 1892 l'opération de la greffe. Vingt jours après, le fragment de glande fait une belle tumeur sous la peau.

2e *temps.* — On lui extirpe alors tout le pancréas intra-abdominal. Dans les deux jours qui suivent, on récolte 800 centimètres cubes d'urine contenant une faible quantité de sucre (4 p. 1.000). Cette glycosurie n'a aucune importance après un traumatisme tel que celui que l'on provoque par l'extirpation du pancréas ; elle cesse du reste le troisième jour, et ne reparaît plus.

L'animal est remis ; à partir de ce moment et pendant toute la durée de l'expérience. On recueille régulièrement tous les jours l'urine des vingt quatre heures. Elle varie en quantité de 300 centimètres cubes à 600 centimètres cubes et est absolument dépourvue de sucre.

3e *temps.* — Le dixième jour, à 3 heures de l'après-midi, on extirpe la greffe. Cette opération est faite sans anesthésie, simplement par énucléation ; le fragment de glande est très bien vascularisé. Il n'est pourtant pas nécessaire de faire de ligatures sur les vaisseaux ; l'hémorragie est facilement arrêtée en maintenant pendant quelques instants une éponge dans la plaie.

La greffe présente la structure glandulaire normale.

Le lendemain matin à 10 heures, c'est-à-dire par conséquent dix-neuf heures après l'extirpation de la greffe, on récolta 1.200 centimètres cubes d'urine renfermant 36 grammes de sucre.

Et les jours suivants, pour les vingt-quatre heures, on eut :

1.200	cent. cubes d'urine	renfermant	66	gr. de sucre.
1.530	—	—	85	—
1.350	—	—	67	—
1.600	—	—	88	—
1.200	—	—	67	—

Un diabète d'une intensité extraordinaire (polyurie et glycosurie) avait donc succédé à l'ablation de la greffe, puisqu'en six jours l'animal avait excrété l'énorme quantité de 409 grammes de sucre. Aussi, au bout de ce temps, il était dans un profond état de cachexie. Il fut alors sacrifié pour une expérience.

La théorie d'après laquelle le pancréas fonctionne comme glande vasculaire sanguine me paraît solidement établie par ces expériences de greffe.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SOLUTION NORMALE DE SEL MARIN CONTRE LES HÉMORRHAGIES GRAVES EN OBSTÉTRIQUE

Par Herbert R. Spencer,
Professeur assistant d'obstétrique de l'University College, Londres; médecin assistant d'obstétrique de l'University College Hospital.

(Suite et fin) (1)

Observation IV. — *Hémorrhagie accidentelle ; transfusion ; guérison.*

Mme X..., âgée de 28 ans, avait eu cinq grossesses antérieures qui s'étaient terminées : à la douzième semaine, à la sixième, à terme, au sixième mois et encore au sixième mois. La dernière fois, en septembre 1887, elle avait eu une hémorrhagie post-partum très grave. L'assistant d'obstétrique, M. Z. A. Barton, fut appelé pour la voir le 24 février 1889, à 10 heures du soir. Il put alors prendre l'observation suivante. Le soir du 23 février (elle était alors enceinte de six mois et demi), la malade avait eu des discussions avec son mari. Elle avait bien dormi cette nuit-là ; mais vers 3 heures du soir, le 24 février, sans cause apparente, elle fut prise de douleurs soudaines et violentes dans l'abdomen, se sentit envie de vomir, et vomit même bientôt après ; elle remarqua combien pénible était devenu pour elle son abdomen. Bientôt après, elle fut obligée par la douleur de se coucher et de s'étendre, se sentit défaillir avec sensation de manque d'air. Les vomissements et les nausées persistèrent jusqu'à 10 heures du soir. A 10 heures 30 elle passa, pour la première fois, un peu de sang, la valeur d'une trentaine de grammes environ. A l'arrivée de l'assistant d'obstétrique, la femme était en proie à de vives souffrances et vomissait; elle était très pâle, et ses lèvres elles-mêmes étaient décolorées ; elle soupirait et baillait continuellement. Le pouls était à 90, très faible, mais régulier. L'utérus remontait jusqu'un peu au-dessous du cartilage ensiforme; il était extrêmement tendu et dur ; on ne pouvait sentir le fœtus ni entendre les battements de son cœur. L'orifice était très haut et très en arrière, de la dimension d'un florin et mou. On ne pouvait trouver de placenta. Une masse, que l'on supposait être le vertex, pouvait être sentie flottant dans les eaux. On ponctionna les membranes; du sang fit irruption et se continua en un flux continuel. On administra 40 gouttes d'extrait liquide d'ergot de seigle ; l'orifice fut dilaté aisément à l'aide des doigts et de la main et l'on put tenter une application de forceps. Mais pendant ce temps, la malade était devenue complètement exsangue, avec respiration profonde et lente. Le forceps glissa, mais la délivrance se fit sans difficulté par traction sur la cuisse, une jambe ayant été ramenée au dehors. L'utérus donnait la sensation de plénitude comme s'il contenait encore un fœtus. Par l'expression, un énorme caillot fut expulsé. Le placenta fut extrait à la main. 0 gr. 15 d'ergotine furent injectés sous la peau et l'on fit une injection intra-utérine d'iode. Il n'y eut point d'hémorrhagie post-partum. A ce moment (minuit et demi), le pouls variait de 120 à 130, présentait de très mauvaises apparences, était très petit, mais régulier; on pouvait constater tous les signes d'une anémie extrême avec soubresauts des tendons du poignet. La malade était dans un état de stupeur apparente ; mais quand le pouls disparut, elle se souleva, leva les bras au-dessus de sa tête, ouvrit la bouche à plusieurs reprises comme pour chercher à respirer, tandis que les muscles de la face se contractaient. Elle essaya alors de se mouvoir dans son lit. Tous ces phénomènes ne durèrent qu'une demi-minute ; le pouls revint alors et la malade retomba dans son état de stupeur. De 1 heure 30 à 2 heures 30 la malade resta dans le même état grave; de nombreuses crises syncopales se manifestèrent pendant lesquelles le pouls disparaissait complètement; quand ce dernier devenait perceptible, ce n'était que pour quelques instants, battant de 128 à 140 par minute, et se sentant à peine sous le doigt. Comme la malade ne donnait aucun signe d'amélioration, malgré l'administration de cognac et l'élévation des membres, je pratiquai, vers 3 heures, une transfusion dans la veine médiane céphalique, la malade ne sentant point l'incision. A 3 h. 10, le pouls devenait plus sensible. La malade sortit de sa torpeur et manifesta le désir de savoir ce qui se passait. Elle se plaignait de froid. Les couleurs revinrent à ses joues. Le pouls diminua en fréquence et augmenta en force ; enfin, vers 3 h. 30, 775 grammes de liquide salin ayant été injecté, le pouls redevint bon, à 102 Il était de 114 à 3 h. 50; de 106 à 4 h. 5. Pendant les six premières heures qui suivirent, le taux du pouls, note toutes les quelques minutes, variait entre 100 et 110 ; une fois, il monta à 130, vers 4 h. 25, sous l'influence d'un effort de vomissement, et quelques minutes seulement après cet effet. A 10 heures du matin, le pouls était à 100; la malade était endormie et se trouvait réchauffée.

Depuis l'opération, le pouls, bien que variant un peu en force de temps en temps, ne disparut à aucun moment et ne donna lieu à aucun signe qui pût devenir inquiétant; l'état général de la malade s'était considérablement amélioré. Elle prit de petites doses de beef-tea, de lait, de cognac, à de fréquents intervalles. Dans la convalescence, il n'y eut rien méritant d'être signalé. Le quatrième jour, la température monta à 39°,5 sans cause déterminée; le cinquième, elle était à 38°,5; les jours suivants elle se maintint à 38°. Le huitième jour, la malade, quoique faible, allait pratiquement bien et reprenait de ses couleurs. Le douzième, elle put se lever et vers la fin du mois sa santé s'était rétablie, les couleurs étant redevenues à peu près normales. L'histoire postérieure de cette malade est malheureuse. Le 2 février 1891, la malade, de nouveau enceinte, et à terme, fut prise des mêmes symptômes d'hémorrhagie accidentelle, puis d'hémorrhagie post-partum ; elle mourut avant que mon assistant ou moi-même eussions pu arriver auprès d'elle.

Observation V. — *Bassin étroit; ancienne cicatrice du col; travail prématuré; version; dilacération du segment inférieur s'étendant jusque dans le ligament large; transfusion; mort.*

Mme X... avait eu trois enfants; le premier et le troisième avaient dû être extraits par la céphalothripsie; le second l'avait été par la version au septième mois, était né vivant, mais n'avait respiré que quelques minutes. Le 30 janvier 1889, on chercha à déterminer un accouchement prématuré par l'introduction d'une bougie; la grossesse en était alors au septième mois. Au niveau du col, on pouvait constater une cicatrice ancienne et dure, s'étendant, à droite, jusqu'au segment inférieur de l'utérus. Le quatrième jour, le col était encore très rigide; le cinquième jour on introduisit un ballon de

(1) Voir le numéro précédent.

Barnes, que l'on laissa à demeure deux heures trois quarts; douleurs faibles. Le sixième jour, on administra le chloroforme. On put introduire trois doigts dans le col, qui fut dilaté à l'aide des doigts jusqu'à ce qu'on pût entrer la moitié de la main et pratiquer la version bipolaire; mais comme le col était toujours rapide, on abandonna, pendant deux heures et demie, le travail à l'œuvre de la nature. La malade se sentait un peu défaillante et se plaignait de soif ardente. Le col parut alors suffisamment dilaté pour admettre le passage d'une petite tête; on exerça une légère traction, et le corps et la tête vinrent assez aisément. L'enfant était mort-né. Une légère hémorrhagie se produisit après la délivrance; à la suite de l'expression du placenta, il se fit également un léger épanchement de sang; ce dernier s'arrêta bientôt sous l'influence de l'ergotine et des injections chaudes. On attribua cet écoulement à une dilacération du col, sur le côté gauche, dilacération de très peu d'étendue en apparence. L'état de la malade était alors très grave, bien qu'elle n'eût perdu qu'une quantité modérée de sang. Malgré des injections d'éther et l'administration de cognac par la bouche, le pouls arriva bientôt à 140; il était très faible. La malade se plaignait constamment de la soif et se sentait défaillir. On plaça les membres dans une position élevée; mais le pouls monta à 165; il était extrêmement petit et faible. A 3 heures 15 du soir (une heure et demie après la délivrance), la malade était évidemment mourante. L'utérus restait toujours extrêmement dur et il n'y avait qu'une perte très minime de sang. On injecta près de 2 litres de solution saline en vingt minutes environ. L'état général de la malade ne fut point amélioré par l'opération. En dix minutes, le pouls était tombé seulement à 140 et n'était qu'un peu plus fort; et quinze minutes après il devenait imperceptible, et cela en dépit de boules d'eau chaude, d'injections d'éther, de l'administration de cognac et de l'élévation des membres. La malade devint agitée, parlant beaucoup, disant combien elle se sentait dans un état étrange, demandant à s'asseoir et à rabaisser ses jambes. A 4 heures 15 du soir, elle commença à faire des mouvements désordonnés; les jambes s'agitèrent convulsivement deux ou trois fois et, après quelques rares mouvements de défense du corps, elle devint inconsciente, les yeux à demi fermés, et mourut à 4 heures 40. Pendant la transfusion, on constata que la malade avait perdu près de 500 grammes de sang par le vagin. A l'autopsie, on constata sur le côté gauche du col une dilacération de 12 centimètres de longueur et de 2 environ de largeur, s'étendant jusqu'au segment inférieur de l'utérus et y pénétrant. Elle arrivait au ligament large sans que le péritoine ait été lésé, mais avait intéressé une branche importante de la veine utérine. Il existait à droite du col une autre cicatrice, mais ancienne, d'une largeur d'environ 2 centimètres, cicatrice due évidemment à quelque dilacération analogue dans un travail antérieur. Il y avait quelques centaines de grammes de sang dans le ligament large.

Observation VI. — *Placenta prævia complet; première hémorrhagie très grave à terme; version externe; embryotomie; transfusion; mort.*

Mme X..., âgée de 35 ans, avait eu six enfants et une fausse couche; sa dernière grossesse datait de quatre ans. Le 3 octobre 1889, sa grossesse, étant à terme, une hémorrhagie effrayante se produisit alors qu'elle allait à la selle sur un seau. La malade pensa que les membranes s'étaient rompues et s'assit sur le rebord du seau jusqu'à ce qu'elle défaillît et tombât à la renverse sur son lit. Son mari trouva alors « un gallon » (4 litres 1/2 environ) de sang dans le seau; le sang « jaillissait » encore de la femme dans toutes les directions, et les vêtements étaient devenus si lourds par suite de l'imbibition du sang que cet homme crut d'abord que l'enfant s'y trouvait. Quand je vis la malade, à 10 h. 30 du matin, je la trouvai dans un état extrêmement grave, complètement exsangue avec des lèvres cendrées; elle se plaignait de soif, était plongée dans un état de somnolence; la vision était obscurcie. Pouls à 80, extrêmement petit et faible: extrémités froides. Par l'examen abdominal, on sentait le placenta du côté gauche, s'étendant d'avant en arrière, et son bord antérieur passant du milieu de l'utérus, à gauche, jusqu'au quart externe du ligament de Poupart, à droite. Fœtus dans la première position du vertex. L'orifice pouvait admettre deux doigts et était entièrement occupé par le placenta. Il y avait quelques caillots dans le vagin. Je pratiquai la version podalique externe, décollai le placenta sur l'étendue d'un pouce et demi à droite, rompis les membranes et ramenai le genou à travers le col avec difficulté et perte notable de sang. La malade se sentait défaillir. Pouls à 100, extrêmement faible. A 11 h 15, le pouls commença à disparaître par longues périodes; la malade se sentait plus mal, et devenait de plus en plus défaillante. Pas de vomissements. Pâleur extrême; extrémités froides en dépit de couvertures très chaudes. Son état paraissant désespéré, on décida de pratiquer l'embryotomie et aussi de faire une transfusion. Il ne s'était pas produit d'hémorrhagie post-partum, sauf un léger suintement provenant d'une dilacération du col, écoulement qui fut arrêté par le tamponnement.

Le cœur battait 112 par minute; le pouls était absent ou à peine perceptible. J'injectai environ 1.100 grammes de solution saline dans la veine médiane basilique droite. Après l'injection de 300 grammes, le pouls devint meilleur avec rythme régulier; il s'améliora graduellement jusqu'à la fin de l'injection; à ce moment il était à 90 par minute; les pulsations étaient pleines et constantes; et pour la première fois, les lèvres reprirent une teinte colorée. A 12 h. 15 je pensais sincèrement qu'elle allait pouvoir se tirer de cette crise. Un suintement léger d'environ 90 grammes se fit par le vagin et fut arrêté par un nouveau tamponnement. Le pouls remonta alors à 112 et devint de plus en plus faible. La malade était agitée, demandait à s'asseoir, se plaignait du manque d'air. Je décidai de lui faire une nouvelle transfusion, mais avant qu'on ait pu préparer l'instrument il se produisit une contraction tonique des muscles de la face, et, après quelques mouvements respiratoires lents, la malade mourut à 1 heure. Les pupilles étaient modérément contractées jusqu'au moment de la mort. Il n'y avait eu, à aucun moment, de phénomènes de vomissement. Jamais le pouls ne s'était élevé au-dessus de 112. A l'autopsie on constata que le siège de l'insertion placentaire était dans une situation en concordance avec ce que l'on avait diagnostiqué pendant la vie; il était recouvert de caillots de sang épais. La lèvre antérieure du col était déchirée jusqu'à son insertion sur le vagin.

Observation VII. — *Placenta adhérent; hémorrhagie post-partum; transfusion; rechute; seconde transfusion; guérison.*

Mme X..., âgée de 47 ans, a eu 15 enfants, le dernier en 1885; à l'occasion de cette couche, elle eut, après la délivrance, une hémorrhagie très grave, perdit connaissance, et,

selon son dire, resta inconsciente pendant trois semaines. Le 13 février 1891, elle fut délivrée avant l'arrivée de l'élève de garde (1 h. 10 du matin), qui la trouva baignant dans une marre de sang, la literie étant complètement trempée; sur le parquet, également, existait une marre de sang; près du lit, un vase en renfermait encore environ 125 grammes. Comme il était impossible d'extraire le placenta, l'assistant d'obstétrique, M. S.-H. Bates, fut appelé, et, par suite de mon absence hors la ville, fit l'opération, et soigna la malade jusqu'à la fin. Celle-ci était défaillante et se plaignait de ne plus pouvoir voir; la peau et les muqueuses étaient extrêmement pâles; il y avait du délire; la malade faisait des mouvements désordonnés des bras et soupirait fréquemment. Pouls 150-160, très faible. Toute hémorrhagie avait cessé. On plaça la femme la tête en bas; des injections d'éther lui furent faites aux bras; le placenta, qui était fermement adhérent à l'utérus par la partie supérieure, fut, à l'aide des doigts, décollé de l'utérus avec difficulté, sauf en un ou deux points d'où il fut impossible de le détacher. On ne poursuivit pas plus longtemps ces manipulations, à cause de l'état alarmant de la malade; le pouls était à 160, à peine perceptible, en dépit de l'administration de cognac et d'éther. A 2 heures du matin, on injecta dans le rectum 750 grammes d'une solution saline chaude; on plaça les jambes dans un plan élevé après les avoir bandées fortement. Il ne se produisit cependant aucune amélioration dans le pouls, et l'état général devint pire. A 3 heures, le pouls était incomptable et fuyait sous le doigt. 950 grammes de liquide salin furent injectés dans la veine médiane basilique. Le pouls s'améliora alors graduellement. A 3 h. 30, il était régulier, modérément ample, mais encore à 140 par minute. Cette amélioration se maintint jusqu'à 4 heures; à ce moment, le pouls redevint faible et irrégulier; on injecta 450 grammes de solution saline; à 4 h. 20, l'état général et le pouls prenaient une meilleure apparence. De 5 heures du matin à 9 heures du soir, la malade eut, par intervalles, des vomissements, ce qui sembla la déprimer quelque peu; le pouls, par moment, disparaissait, devenait imperceptible, mais l'état général était notablement plus favorable. Cependant, l'état ne devint guère satisfaisant que dans l'après-midi. A 3 heures, le pouls était à 120 et la malade s'était réchauffée. A 5 heures et à 7 heures, l'examen du pouls donna 112 pulsations. Au cours de l'état puerpéral, les jours suivants, 14 injections intra-utérines d'eau iodée furent faites. La température la plus élevée fut de 38°,3 le sixième jour, mais elle ne retomba à la normale que le 17 février. Les neuf premiers jours, le pouls oscilla entre 124 et 100. La malade resta anémique pendant un assez long temps. Je la vis le 29 janvier 1892; elle était en bonne santé, avait d'excellentes couleurs, la menstruation se faisait régulièrement.

Observation VIII. — *Hémorrhagie accidentelle grave; malade moribonde une heure et demie après la délivrance; transfusion de 1.200 grammes de solution saline; mort.*

Mme X..., primipare, âgée de 26 ans, arrivée à terme, fut prise d'hémorrhagie grave de très bonne heure, le matin du 11 septembre 1891. Elle perdit, dit-elle, près de trois litres de sang, et se sentit défaillir. L'hémorrhagie s'arrêta bientôt et ne revint plus; elle n'avait point de douleurs abdominales. Le sang fut enlevé et les traces en furent nettoyées par la mère de la malade; l'existence de cette hémorrhagie fut cachée soigneusement à la garde-malade et à l'élève de garde jusqu'après la mort de la malade.

Pendant le travail, qui dura huit heures, la femme était pâle, mais ne se plaignit de rien spécialement; elle était plutôt d'humeur gaie. On ne nota malheureusement pas l'état du pouls. Il n'y avait point d'hémorrhagie. L'enfant vint mort-né. Le périnée fut seulement un peu abîmé. Quelques heures après le placenta fut expulsé avec un caillot sanguin du volume du poing. Il n'y eut point d'autre perte de sang. Une demi-heure plus tard la malade présentait tous les symptômes d'une hémorrhagie grave, le pouls diminua peu à peu, tandis que l'agitation, l'inconscience s'établissait. Je la vis une heure après la délivrance. Elle se trouvait *in articulo mortis*, complètement exsangue, inconsciente, sans mouvement, sans pouls; on ne pouvait entendre aucun des bruits du cœur. Le seul signe de la vie persistante consistait en une pulsation faible et misérable au niveau du cou et de temps en temps, en une sorte d'effort pour aspirer l'air. On transfusa près de douze centigrammes de solution saline sans en retirer le moindre bénéfice, la mort étant arrivée avant la fin de l'injection. L'autopsie montra un utérus sans lésion; et rien ne put alors expliquer la mort. Ce n'est que plus tard que la mère avoua le fait d'une hémorrhagie accidentelle qu'elle avait soigneusement cachée sur la demande de sa fille, demande déterminée par des raisons de fausse honte.

Remarques. — De ces huit cas, on voit que quatre ont été guéris et que quatre ont succombé. De ceux qui sont morts, deux (cas d'hémorrhagie accidentelle) ne sont d'aucune valeur, relativement aux effets du traitement, car dans l'un la malade était dans un état désespéré, et dans l'autre, elle était pratiquement morte; toutes deux succombèrent alors qu'à peine quelques grammes avaient été encore injectés. Des deux autres cas, l'un présentait une déchirure étendue du segment inférieur de l'utérus; un hématome s'était fait dans le ligament large et la mort s'était produite plutôt par choc que par hémorrhagie; l'autre (un cas de placenta prævia central) présentait également un col déchiré; mais je pense que la guérison eût pu avoir lieu si on avait pratiqué une seconde transfusion. Des cas où les malades se rétablirent, deux constituaient des exemples de placenta adhérent avec hémorrhagie post-partum; les autres étaient des cas d'hémorrhagie accidentelle; une de ces femmes mourut plus tard, dans ses prochaines couches, d'une répétition des mêmes accidents. Chez deux malades, la transfusion fut faite une seconde fois, ce qui fait en tout six opérations réussies. Les huit observations qui viennent d'être rapportées ne représentent qu'une petite proportion des cas traités pour hémorrhagie. Pendant les cinq dernières années, j'ai cherché à voir tous les cas d'hémorrhagies graves ante ou post-partum dans la maternité de l'hôpital. Pour ce qui concerne les hémorrhagies ante-partum seulement (en mettant de côté les fausses couches), j'ai eu environ cent cas en comprenant vingt de placenta prævia. Chez nombre de malades, j'ai constaté l'absence du pouls et un état général très grave après la perte de grandes ou de petites quantités de sang; deux fois j'ai vu les malades se rétablir, sans transfusion avec des hémorrhagies assez graves pour avoir déterminé des convulsions. Tous les cas, sauf ceux qui ont été décrits, ont surmonté la crise à l'aide des remèdes ordinaires; dans aucun cas on ne s'est adressé

aux injections intra veineuses, avant que tous les autres moyens eussent échoué. Avant de commencer l'opération, on doit s'assurer que l'hémorrhagie est complètement arrêtée. L'appareil que j'ai employé pour faire l'injection du liquide salin est représenté dans la figure ci-jointe. Il consiste en une bouteille de verre contenant un litre environ, fermée par un bouchon de caoutchouc au travers duquel passe un thermomètre, un tube à tête renflée en une sorte d'entonnoir, permettant le remplissage à nouveau et l'entrée de l'air et comblée de ouate antiseptique; et enfin un tube de sortie auquel est attaché un tuyau de caoutchouc d'une longueur de 1 mètre 20 environ, ce dernier tube se termine par une canule de vulcanite ou de verre.

L'appareil ayant été soigneusement lavé avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100, puis avec de l'eau bouillie, est rempli d'eau distillée bouillie chaude contenant 4 grammes de chlorure de sodium pour 500 grammes d'eau. Au lieu d'employer le sel cristallisé, on peut éviter et perte de temps et difficultés, en usant d'une préparation de M. Gerrard, le pharmacien de l'hôpital, qui consiste en une solution de 8 grammes de sel pur contenue dans des tubes de verre stérilisés et fermés à la lampe. Quand la bouteille est pleine, la solution est maintenue à la température de 40° c. en la plaçant dans un vase plein d'eau à la température voulue. On détermine l'issue du liquide par la canule en soufflant dans le tube qui contient la ouate stérilisée; puis on élève la bouteille à deux pieds environ au-dessus du bras de la malade. On pratique alors sur la peau une légère entaille longitudinale au-dessus de la vessie médiane basilique ou de la médiane céphalique. Si l'on n'a point d'aide sous la main, il vaut mieux faire une incision transversale sur un pli de la peau; l'élasticité de la peau assure alors la béance de la plaie. La veine est isolée et l'on passe au-dessous d'elle trois fils fins de soie à ligature. Le plus bas de ces fils est lié; la veine est saisie avec une pince et ouverte au scalpel, et, la solution ayant été mise en mouvement, on insère la canule dans la veine qui est liée sur la canule au moyen du fil médian. On laisse la solution s'écouler lentement, en prenant soin de ne pas élever la bouteille trop haut. 1.000 à 1.200 grammes de liquide constituent le plus souvent une injection suffisante; l'opération doit alors durer de vingt à trente minutes. Au cas de rechute, elle peut être réitérée du côté opposé. Après l'injection, la canule est retirée, la veine liée par le fil le plus élevé (le troisième), la plaie fermée et bien pansée. A ce moment, les stimulants seront peut-être plus nécessaires qu'avant la transfusion. En terminant, qu'il me soit permis d'exprimer l'opinion que l'opération judicieusement pratiquée n'est susceptible d'aucun danger actuel ni d'aucune complication future; qu'elle constitue un secours remarquable dans les hémorrhagies graves qui ne sont pas compliquées « de choc », après que tous les autres moyens ont échoué; enfin, que dans toutes les hémorragies graves ante-partum, il sera utile d'injecter la solution avant de faire la délivrance.

(*Lancet*, 11 et 18 juin 1892.)

REVUE CRITIQUE

LA TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS.

L'étude de la tuberculose a déjà inspiré un nombre immense de travaux et malgré cela n'a pas cessé un instant d'être à l'ordre du jour, preuve certaine que l'intérêt du sujet est loin d'être épuisé, et que nous sommes loin d'avoir résolu toutes les inconnues qui s'y rattachent. Pour l'instant, nous voulons présenter quelques remarques concernant la tuberculose des enfants, à propos d'un important mémoire de M. Aviragnet, ancien interne des hôpitaux. On trouve dans ce mémoire l'exposé de vues nouvelles, appuyées sur des faits probants, qui contribueront certainement à modifier et à élargir les notions précédemment acquises. L'auteur paraît s'être inspiré particulièrement de l'expérience et des opinions de son maître Landouzy, et c'est sans doute à cette participation que son travail doit une partie de son originalité et de sa valeur. L'organisme de l'enfant, comme il le dit dans sa préface, est un merveilleux terrain de culture pour l'élément bacillaire qui s'y implante, s'y diffuse, s'y généralise avec une étonnante facilité. C'est peut-être de cette réceptivité spéciale pour un élément pathogène répandu partout que résulte la variété des aspects sous lesquels la maladie se présente chez l'être humain encore près du berceau : variété qui se traduit par des formes cliniques encore peu connues, et par des expressions symptomatiques souvent trompeuses. M. Aviragnet a bien fait ressortir cette mobilité de physionomie des infectious tuberculeuses du premier âge, et à ce point de vue son mémoire mérite une mention très honorable à côté des travaux similaires publiés dans ces derniers temps.

L'aptitude de l'enfant vis-à-vis de la tuberculose se traduit surtout par la fréquence des formes généralisées, et c'est parmi ces dernières que se rencontrent les modalités cliniques les plus intéressantes.

En premier lieu, il y a la fièvre tuberculeuse suraiguë, qui peut tuer dans un délai excessivement court, et qui d'ailleurs offre absolument l'aspect d'une maladie générale. Une question de doctrine s'est élevée à propos de cette forme : celle de savoir si on doit la rattacher à la tuberculose, malgré l'absence des preuves anatomiques et bactériologiques exigibles. En effet, cette sanction a fait défaut dans nombre de cas où la nature bacillaire de la maladie a été affirmée uniquement au nom du raisonnement et de l'analogie. Aussi les objections n'ont pas manqué, presque toutes motivées par ce manque de sanction anatomique. Néanmoins M. Landouzy, à qui nous devons une des premières descriptions de cette forme, en a soutenu opiniâtrement la réalité, lui rattachant même certaines broncho-pneumonies infantiles réputées longtemps d'origine banale et qu'il considère comme étant de nature tuberculeuse. La question reste indécise, mais on ne peut nier la valeur des arguments invoqués à l'appui de cette proposition assurément nouvelle et originale. Nos connaissances paraissent mieux assises en ce qui concerne les autres formes généralisées.

Envisagées à un point de vue d'ensemble, ces dernières doivent être considérées comme les manifestations variées de la maladie désignée et décrite par M. Empis sous cette dénomination de « granulie » qui s'est conservée de nos jours malgré les fluctuations des doctrines médicales. Les deux variétés cliniques : granulie à forme typhoïde, granulie à

forme de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie suraiguë : sont les expressions symptomatiques les plus fréquentes peut-être de cette modalité de la tuberculose infantile. De même pour la tuberculose générale subaiguë qui, dans la majorité des cas, paraît n'être que le simple aboutissant d'une poussée granulique arrêtée dans son évolution. Mais il y a une autre forme, plus rare peut-être, qui réclame une autre interprétation : la fièvre continue tuberculeuse, à laquelle M. Landouzy a donné le nom caractéristique de typho-bacillose.

Ici la classification de M. Empis ne paraît guère applicable, ou du moins il y a incertitude concernant la nature de la maladie. S'agit-il véritablement d'une première manifestation de l'infection bacillaire, ou bien doit-on y voir une simple recrudescence, une poussée aiguë dans le cours d'une tuberculose persistante, mais restée jusque-là silencieuse ? Ici les opérations sont partagées et au premier abord la conciliation paraît difficile. Pour quelques-uns, au nombre desquels se trouve M. Hutinel, il s'agirait là plutôt d'une granulie modifiée, atténuée, d'une infection à virulence plus faible. Mais d'autres veulent faire de ces cas une catégorie à part, nettement séparée de la granulie par ce fait que l'élément granulation n'y joue qu'un rôle très accessoire, sinon tout à fait nul, ainsi qu'il ressort des résultats souvent négatifs de l'examen nécroscopique. M. Landouzy a même accentué cette dernière opinion et a proposé une distinction un peu subtile peut-être, mais à coup sûr ingénieuse, entre les véritables *tuberculisés* et les simples *bacillisés*. Prenant pour terme de comparaison certains faits empruntés au domaine de l'expérimentation, il a rapproché la typho-bacillose des accidents constatés chez les animaux auxquels on a injecté par voie intra-veineuse une culture pure de tuberculose aviaire. Chez les animaux inoculés de la sorte, la mort survient dans un délai moyen de quinze jours, et à l'autopsie on ne trouve nulle part de granulations tuberculeuses, mais seulement une quantité prodigieuse de bacilles disséminés dans les différents viscères. Il s'agirait là d'une véritable infection bacillaire, dont l'évolution serait trop rapide pour permettre l'apparition du stade ultérieur de germination tuberculose. Il y a là un rapprochement intéressant et on ne peut nier que la clinique, de concert avec l'expérimentation, ne lui donne raison dans une certaine mesure. Ainsi, pour les partisans de cette hypothèse, l'individu atteint de typho-bacillose ne serait pas un tuberculeux, au sens propre du mot, mais un simple bacillisé, lequel pourrait d'ailleurs arriver ultérieurement aux formations tuberculeuses dont l'évolution implique une plus longue préparation chronologique.

Nous devons dire que cette conception, très séduisante au premier abord, est loin d'être à l'abri de critiques et qu'elle est, au contraire, passible d'objections d'une certaine valeur. M. Aviragnet, dont nous citons volontiers ici l'opinion, n'a pas manqué d'énumérer et de faire ressortir ces dernières. Ainsi l'argument emprunté au domaine de l'expérimentation aurait eu bien plus de portée si l'on avait fait choix de produits tuberculeux humains pour la matière des inoculations pratiquées aux lapins. En fait, on s'est servi exclusivement de la tuberculose aviaire qui, seule jusqu'à présent, a pu reproduire cette forme si spéciale de septicémie bacillaire, tandis que la tuberculose humaine donne toujours lieu à une granulie généralisée. Voilà certes une objection dont on ne peut contester la valeur. D'un autre côté, il n'est pas démontré que la pénétration de l'organisme humain par les bacilles à travers les voies d'absorption ordinaires produise d'abord une infection généralisée suivie, à échéance plus ou moins longue, de formations tuberculeuses. Or, cette démonstration indispensable n'a pas encore été apportée au débat. En réalité, il est probable que, chez tous les bacillisés, il y a une période de tuberculisation localisée, silencieuse et latente, qui précède de plus ou moins longtemps la généralisation de la maladie Cette hypothèse, qui est bien près d'une vérité, a pour elle l'observation anatomique quotidienne, grâce à laquelle nous pouvons constater chez une foule de sujets l'existence de lésions tuberculeuses viscérales ou même superficielles qui étaient restées ignorées ou méconnues pendant la vie. Tel est le cas ordinaire pour les individus qui succèdent à une granulie rapide. On peut légitimement appliquer cette remarque à la typho-bacillose, dont la pathogénie s'explique de la sorte tout aussi bien qu'avec la théorie de l'infection d'emblée. Il est vrai que M. Landouzy n'a proposé cette dernière que comme une opinion provisoire, et comme une hypothèse simplement probable.

Si nous insistons sur l'histoire de la typho-bacillose, ce n'est pas seulement à cause des obscurités qu'elle comporte, c'est encore parce qu'elle présente cliniquement un intérêt vraiment spécial. La symptomatologie est très remarquable, et ressemble presque point pour point à celle de la fièvre typhoïde. Il y a toutefois des caractères différentiels très importants pour le diagnostic ; par exemple, l'absence habituelle de taches rosées lenticulaires, puis la forme, la localisation, la prédominance et l'intensité des phénomènes pulmonaires. Il y a là tout le cadre d'une maladie générale, encore peu connue, et qui, à ce titre, a dû entraîner et entraîne aujourd'hui encore de fréquentes erreurs de diagnostic. Il est probable que nombre de cas de ce genre ont été interprétés dans le sens de fièvre typhoïde, sans que d'ailleurs cette confusion ait eu de conséquences particulièrement fâcheuses au point de vue thérapeutique. En effet, les indications tirées du symptôme sont sensiblement les mêmes dans les diverses maladies et l'intervention médicale peut appliquer à l'une et à l'autre une pratique à peu près uniforme. La chose devient plus importante lorsqu'il s'agit du pronostic, ordinairement favorable en tant que pronostic *immédiat* si l'on a affaire à la typho-baccillose, presque toujours aléatoire et incertain dans le cas de dothénentérie. Du reste il importe de relever ce fait que, dans les cas malheureux, la mort est imputable à la toxémie bacillaire, à l'empoisonnement par la tuberculine, bien plutôt qu'à l'évolution des localisations tuberculeuses proprement dites. C'est M. Landouzy qui a le plus insisté sur cette remarque, vraiment capitale dans l'histoire de la maladie à laquelle il a attaché son nom.

Après les considérations sommaires que nous venons de présenter concernant certaines modalités de la tuberculose chez l'enfant, il serait peut-être opportun de dire quelques mots au sujet de l'étiologie et notamment de l'influence de l'hérédité, cette influence si souvent contestée. Mais cette discussion excéderait les limites assignées au présent article. Il nous suffira de rappeler ici que, d'après l'opinion la plus accréditée présentement, la tuberculose est rarement le produit direct et immédiat de l'hérédité : que le plus souvent elle est un fait acquis, le résultat d'une contagion fortuite, d'une inoculation purement éventuelle. Cette notion, de mieux en mieux établie, se concilie d'ailleurs très bien avec les idées

que l'on peut se faire au sujet de la pathogénie des formes tuberculeuses chez l'enfant ; et pour ce qui concerne en particulier la typho-bacillose spécialement visée dans les considérations précédentes, il n'est point nécessaire d'invoquer l'*hérédité de la graine*, contestée universellement à l'heure actuelle : l'explication tirée de l'hérédité du terrain peut suffire, car elle se met facilement d'accord avec les faits.

P. Muselier.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Sur l'immunité artificielle vaccinale conférée aux animaux contre le choléra asiatique, par le prof L. Brieger et le Dr A. Wassermann. (*Deutsche medecin. Wochenschrift*, 1890, n° 31, p. 701.)

II. — Nouvelles recherches sur la guérison de la rage déjà éclose, par le prof. J. Tizzoni et le Dr E. Centanni. (*Eodem loco*, p. 702.)

I. — Dans une précédente publication, Brieger et Kitasato avaient fait connaître un procédé permettant de rendre des cobayes réfractaires à une injection consécutive de bacilles virgules de Koch. Ce procédé reposait sur la culture du bacille virgule dans des extraits aqueux d'organes riches en cellules, de thymus de veau notamment. Depuis lors, M. Brieger, en collaboration avec M. Wassermann, s'est préoccupé de simplifier le procéder en question.

Pour toutes les recherches qu'ils ont faites dans cette voie, les expérimentateurs se sont servis d'une culture du bacille virgule provenant de Massoua. Tout d'abord, les bacilles étaient ensemencés dans un extrait de thymus. Au bout de vingt-quatre heures on exposait la culture pendant quinze minutes à une température de 65°, ou pendant dix minute à une température de 80° ; puis on la laissait séjourner pendant vingt-quatre heures dans une glacière. On injectait ensuite à des cobayes, pendant quatre jours consécutifs, et dans le péritoine, 4 cc. de cette culture.

Les animaux étaient pris de malaise, principalement après la première injection, mais de malaise passager, accompagné d'une élévation de la température corporelle. Au fur et à mesure qu'on répétait les injections, les troubles consécutifs perdaient de leur intensité. Dès le quatrième ou cinquième jour du traitement, les animaux se montraient réfractaires aux inoculations du vibrion cholérigène ; des doses trois fois plus fortes que celles qui tuaient des animaux ordinaires ne produisaient plus qu'une élévation passagère de la température interne, suivie ensuite d'un abaissement de la température au-dessous de la normale.

Les deux auteurs se sont préoccupés ensuite de déterminer la dose maxima du liquide vaccinal, nécessaire pour mettre les cobayes en état de résister à l'injection d'une dose mortelle d'une culture du bacille virgule. Ils ont constaté que ce résultat pouvait être atteint au moyen de deux injections d'un cc. chacune, pratiquées deux jours consécutifs, chez des cobayes dont le poids corporel variait de 300 à 400 grammes.

Une modification du procédé précédent consiste à ensemencer les bacilles virgules dans le mélange habituel de suc de chair musculaire et de peptone et à exposer le lendemain les cultures à une température de 75°, pendant quinze minutes. Les animaux traités avec ce liquide vaccinal, de la manière indiquée ci-dessus, ont tous résisté aux injections subséquentes d'une dose mortelle d'une culture du bacille virgule. La dose minimum nécessaire pour obtenir ce résultat a été de 2 cc. L'immunité existait déjà quarante-huit heures après la première injection, et elle persistait encore deux mois plus tard.

II. — Dans un travail publié récemment MM. Tizzoni et Centanni avaient démontré que le sang de lapins rendu réfractaires à la rage, et inoculé à d'autres animaux, n'a pas seulement des qualités vaccinales, mais qu'il possède en outre la propriété d'enrayer la rage inoculée et déjà en cours d'évolution.

D'autre part, M. Tizzoni, en collaboration avec M. Schwarz, avait cherché à isoler le principe actif du sérum sanguin des animaux rendus réfractaires à la rage. Il avait réussi à obtenir ce principe actif non point à l'état de pureté parfaite, mais mélangé à d'autres corps albuminoïdes. Il avait démontré en outre que cette substance est précipitée par l'alcool, que le précipité repris par l'eau est mélangé avec une émulsion de moelle de chien enragé, détruit complètement la virulence de celle-ci.

Toutefois, en injectant ce principe actif à des chiens auxquels on avait communiqué la rage, on n'a pas réussi à guérir ceux-ci.

M. Tizzoni a cru devoir reprendre cette dernière expérience. Il a utilisé pour cette nouvelle série de recherches, des animaux qui avaient été rendus réfractaires au virus fixe, et qui avaient résisté à une ou plusieurs inoculations de ce virus, pratiquées sous le dure-mère ou dans les veines. Du sang était tiré d'une artère volumineuse de ces animaux avec les précautions aseptiques les plus rigoureuses. Ce sang était traité par 10 fois son volume d'alcool absolu, puis desséché dans le vide, en présence de l'acide sulfurique. On le dissolvait ensuite dans de l'eau, et on éprouvait l'action vaccinale et curative de cette dissolution sur des chiens auxquels on avait inoculé dans le nerf sciatique, le virus de la rage des rues. Les inoculations vaccinales étaient pratiquées au plus tôt huit jours après l'inoculation du virus rabique. Dans ces conditions ces deux auteurs ont pu se convaincre que le précipité alcoolique en question possédait le pouvoir de guérir les animaux de la rage, même quand le virus rabique s'était déjà disséminé dans les centres nerveux, et que les premiers symptômes de la maladie avaient déjà fait leur apparition.

Le précipité alcoolique extrait de 14 à 21 cc. du sérum sanguin, et dont le poids variait de 0 gr. 9 à 1 gr. 30, a été divisé en cinq ou six doses de 18 à 25 cc. ; chacune d'elles a été dissoute dans un peu d'eau stérilisée (1 à 2 cc.) On obtenait ainsi un liquide jaunâtre, de consistance gommeuse, qui, sitôt préparé, était injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'animal en expérience.

Voici la relation de l'une des expériences de l'auteur :

L'animal a été inoculé de la rage le 20 mai 1892 ; on a commencé le traitement le neuvième jour après l'inoculation. On a tiré du sang à deux animaux rendus réfractaires au virus fixe, et on a mélangé les deux sérums. La moitié de la quantité totale des deux liquides ainsi obtenus a été précipitée au moyen de l'alcool ; l'autre moitié a été injectée à un lapin de contrôle. Le précipité obtenu pèse 1 gr. 20. On le divise en 6 doses. Chacune d'elles est injectée à l'animal inoculé de la rage, les injections se suivant à des intervalles d'un jour. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes rabiques se dissi-

pent très rapidement ; l'animal vivait encore en bonne santé quatre-vingts jours après l'inoculation.

De même, l'animal auquel on avait injecté le sérum liquide, a survécu sans présenter les symptômes de la rage.

Par contre, un troisième animal, qui avait été inoculé en même temps que les deux premiers, a succombé à la rage huit jours après l'inoculation.

En résumé, les deux auteurs en arrivent aux mêmes conclusions pour ce qui concerne la rage, que celles qu'ils avaient déjà formulées à propos du tétanos, (v. *Gazette médicale*, 1891), à savoir qu'en traitant par l'alcool le sérum d'un animal rendu réfractaire, on précipite, indépendamment de corps albuminoïdes, le principe actif qui communique au sérum sanguin ses propriétés vaccinales ; que, de plus, ce précipité solide, redissout dans l'eau, peut remplacer le sérum sanguin dont il dérive, non seulement pour neutraliser le virus rabique *in vitro*, mais encore pour guérir les animaux qui sont déjà atteints de la rage.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

L'Assistance et l'hygiène publiques en Espagne, par le Dr Delvaille. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1892.

Le Dr Delvaille vient de faire paraître une brochure des plus intéressantes et des plus instructives, intitulée : *Une mission en Espagne : l'hygiène et l'assistance publiques.* Nous ne saurions mieux l'apprécier qu'en rapportant la préface de M. le professeur Brouardel :

« Je désire que tous ceux qui s'intéressent en France aux questions d'assistance et d'hygiène publiques lisent le récit du voyage que mon collège et ami, le Dr Delvaille, vient de faire en Espagne. Pour un grand nombre d'entre eux ce sera la révélation d'une Espagne nouvelle, d'un pays qui se reconstitue et qui, dans beaucoup des problèmes concernant l'assistance et l'hygiène, a été notre précurseur et non pas notre imitateur.

Ils apprendront non sans surprise que nous luttons en ce moment pour obtenir une organisation à peu près analogue à celle qui est légalement instituée de l'autre côté des Pyrénées.

M. Delvaille ne dissimule pas que le fonctionnement de bien des organes récemment créés est encore rudimentaire, mais l'organisme a été institué par des lois qui datent de 1820, de 1852, 1866 et 27 janvier 1885. Nous n'ignorons pas, même en France, que dans des questions aussi compliquées, dans lesquelles interviennent les bonnes volontés de l'État, des provinces, des communes et des particuliers, il y a, entre la promulgation et l'exécution d'une loi, des delais qui se comptent, non par années mais par dizaines d'années.

Je relève quelques-unes des prescriptions indiquées par M. Delvaille, elles engageront, je l'espère, le lecteur à voir comment sont reliées entre elles ces diverses institutions.

La loi veut que chaque commune, si pauvre qu'elle soit, ait une maison de secours avec un médecin de garde, moyens de transport, etc.

La loi de 1866 crée des médecins municipaux chargés du soin des indigents et autorise les communes trop pauvres à s'associer à d'autres pour payer leurs honoraires (syndicat de communes).

Dans les villes une commission examine les plans des demeures que l'on veut construire et, la maison faite, l'architecte ou une commission vérifie si la construction est conforme au plan présenté et approuvé.

Un décret royal du 8 octobre 1890 prescrit l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses. Le médecin municipal, dans certaines villes, le médecin traitant, dans d'autres, fait à la mairie la déclaration des maladies zymotiques observées par lui, et la désinfection des appartements occupés par les malades est opérée, soit par les soins de la municipalité, soit par ceux d'une brigade d'agents attachés au laboratoire municipal (Malaga, Valence).

La surveillance des denrées alimentaires est confiée à un grand nombre de laboratoires municipaux.

Tels sont les points que j'ai cru devoir spécialement signaler. Mais ce sont les détails de l'organisation et de l'exécution qu'il faut lire dans le mémoire de M. Delvaille.

J'appellerai tout particulièrement l'attention du lecteur sur les chapitres consacrés aux eaux d'alimentation, aux égouts, aux cimetières, aux ouvriers des mines, aux stations thermales, aux établissements insalubres.

Notre collègue a donc eu une très heureuse initiative en signalant à M. le Ministre de l'Intérieur l'intérêt que présentait l'étude de l'assistance et de l'hygiène en Espagne. C'était, dit-il, une tentative hardie. Nous pouvons dire que c'est une tentative qui a tenu plus que l'on ne pouvait espérer. Nous avons entre les mains un nouvel argument pour vaincre la résistance que l'organisation de l'assistance et de l'hygiène rencontrent dans notre pays. Nous en remercions M. Delvaille et, si le succès couronne nos efforts, nous n'oublierons pas la part légitime qui lui en revint. »

MÉDECINE PRATIQUE

Mixture diurétique.

Sirop d'éther nitreux		90 grammes.
Teinture de perchlorure de fer	} àâ 4	—
Teinture de noix vomique		

Dose : deux cuillerées à café.

(W. H. Thompson. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

Mixture diurétique.

Acétate de potasse	20	—
Bicarbonate de potasse	} àâ 4	—
Citrate de potasse		
Infusion de chiendent	Q. S. pour 125 g.	

Dissoudre et mêler.

Dose : Une cuillerée à bouche.

(R. Guiteras. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

Mixture de gelsemium composée.

Teinture de gelsemium	8	—
Extrait fluide de Pichi	15	—
Sirop d'acacia	30	—
Eau d'écorces d'oranges amères	Q. S. pour 125 gr.	

Dissoudre et mêler.

En prendre une cuillerée à thé toutes les quatre heures. Contre l'irritabilité excessive de la vessie, accompagnée de miction trop fréquente surtout chez la femme.

(J. Blake White. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique.

M. Dujardin-Beaumetz a rendu compte au conseil des opérations du comité permanent pendant la dernière quinzaine écoulée :

Je suis heureux, a dit l'éminent docteur, de vous faire connaître que les prévisions que nous avions émises dans notre dernier rapport, il y a quinze jours, se sont réalisées et que l'état sanitaire du département de la Seine s'est considérablement amélioré.

Voici, en deux chiffres, la situation. Dans la dernière quinzaine, nous n'avons eu dans la banlieue que 72 décès, et à Paris 34 seulement.

Ces chiffres si minimes pour la banlieue, dont la population dépasse 550.000 âmes, et pour l'agglomération de Paris, qui dépasse 2.500.000 habitants, sont si faibles que l'on peut dire qu'il n'existe pas d'épidémie de diarrhée cholériforme.

En effet, les autres maladies infectieuses endémiques dans la ville de Paris, telles, par exemple, que la diphtérie ou la fièvre typhoïde, entraînent une bien autre mortalité; nous en avons la preuve pour la fièvre typhoïde.

Votre bureau des épidémies et épizooties, en effet, ne s'occupe pas que de la diarrhée cholériforme : il tient compte aussi, maintenant, des diverses maladies contagieuses, et c'est ainsi que nous sommes à même de vous donner, pour la fièvre typhoïde, des chiffres intéressants. Pendant le mois de juillet écoulé, il a été signalé, à la préfecture de police, au bureau des épidémies, 163 cas de fièvre typhoïde, tandis que, pendant le mois de juin, il n'en avait été signalé que 133.

C'est toujours le 11e arrondissement qui occupe le premier rang : 32 cas en juillet, 30 en juin; mais, cet arrondissement mis à part, de sensibles modifications se manifestent pendant une même période, dans la fréquence des cas dans les divers arrondissements. Voici, par exemple, pour le mois de juin, l'ordre des arrondissements les plus frappés :

11e arrondissement	30 cas
18e —	19 —
12e —	16 —
19e —	11 —
20e —	11 —
4e —	9 —

Et. pour le mois de juillet :

11e arrondissement	32 —
4e —	20 —
12e —	14 —
19e —	11 —
20e —	11 —
3e —	10 —

Il serait intéressant de savoir si ces modifications ne marchent pas de pair avec la substitution de l'eau de Seine à l'eau de source.

C'est là un point intéressant que nous pourrons bien apprécier lorsque nous aurons réuni des documents assez nombreux; mais cela suffit dès aujourd'hui à montrer l'importance considérable de votre bureau des épidémies et épizooties, puisque les documents qui y sont chaque jour accumulés nous permettront de juger les influences qui président au développement et à la progression des maladies infectieuses et contagieuses.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle les discussions qui ont eu lieu au sein du comité relativement aux désinfections. Il dit qu'il a été établi qu'avec l'étuve mobile dirigée par un conducteur mécanicien et avec le pulvérisateur à main et deux désinfecteurs, il faut, en moyenne, une heure et demie pour exécuter la désinfection d'un local contaminé. Si on ajoute à cela la distance à parcourir pour aller de l'un à l'autre des locaux à désinfecter, on reconnaîtra que, pour chaque jour, chaque escouade de désinfecteurs (avec l'étuve mobile) ne peut faire que de cinq à sept désinfections. C'est là un chiffre qu'il faut retenir, car, dans les grandes agglomérations de certaines communes suburbaines, oscillant entre 30 et 50.000 habitants, on imagine combien serait limitée la désinfection si l'on avait vraiment affaire à une épidémie meurtrière.

Pour Paris, les inspecteurs signalent tous les cas où la désinfection a été faite d'une façon insuffisante ou incomplète; leurs observations sont transmises à M. le Dr A.-J. Martin, qui, de son côté, prend les mesures utiles pour remédier aux imperfections qui ont pu être constatées.

A Paris, la désinfection est faite séparément par des étuves fixes et par des escouades de désinfecteurs. Les escouades ne font que cinq à six opérations par jour; les étuves fixes, au contraire, peuvent désinfecter une foule d'objets mobiliers dans le même laps de temps. M. Dujardin-Beaumetz croit qu'il suffirait, pour répondre aux besoins nécessités par une épidémie un peu grave, de multiplier le nombre des désinfecteurs et celui des pulvérisateurs à main. Actuellement, les opérateurs sont au nombre de vingt-six, chiffre parfaitement suffisant pour satisfaire aux demandes de désinfection quotidiennement formulées. Peut-être sera-t-il bon d'étndier pour la banlieue, particulièrement pour les centres très habités, tels que Saint-Denis, Saint-Ouen et Aubervilliers, l'organisation et l'installation d'un service analogue.

Il termine en disant que le comité permanent espère pouvoir annoncer dans quinze jours, à la première assemblée du conseil, que les cas de diarrhée cholériforme auront complètement disparu dans la banlieue comme dans la population parisienne.

M. le baron Larrey s'est ensuite plaint de la fausse application de ces dénominations; choléra, choléra nostras, cholérine, diarrhée cholériforme, etc., qui a été faite maintes fois en ces derniers temps. C'est aussi l'avis du Dr Ollivier, qui cite le cas d'un enfant amené à son hôpital sous la rubrique « choléra » et qui a succombé en réalité à une péritonite aiguë; du Dr Proust, lequel a, dans son service de l'Hôtel-Dieu, le service dit des cholériques et où, sur douze à quinze malades envoyés comme tels, plus de la moitié n'étaient pas atteints de l'épidémie. Il cite notamment deux morts rapides qu'on a qualifiées de « cas foudroyants de choléra » et qui étaient l'un, un pneumonique, l'autre un typhique parvenu au dernier période.

Ces erreurs de diagnostic sont fâcheuses, dit alors M. Paul Brousse. Elles contribuent, d'abord, à effrayer le public; ensuite, elles se traduisent par des dépenses inutiles, et l'on a vu, sur des diagnostics trop précipités, demander en grande hâte des voitures de transports et des inspecteurs qui, dérangés pour rien, s'en retournaient sans avoir rien fait.

M. Armand Gautier a signalé que, cette année pour la première fois, le conseil a été à même de faire quelque chose de sérieux, de passer des spéculations théoriques sur le terrain de la pratique. Il regarde, dit-il, comme un devoir de constater que c'est grâce à M. le préfet de police que le conseil d'hygiène a pu mener à bien cette entreprise.

Enfin, M. Dujardin-Beaumetz clôt la séance par ces paroles, qu'il faut retenir :

« Si dès le début, quand les premiers cas se sont produits à la maison de Nanterre, nous avions pu disposer de nos moyens d'action actuels, l'épidémie aurait totalement disparu à l'heure présente. »

Intercolonial medical Congress of Australasia.

Congrès de médecine intercolonial d'Australasie.

3e SESSION.

Sydney (New South Wales) : 26 au 30 septembre 1892.

Le prochain Congrès de médecine intercolonial aura lieu, le mois prochain, à Sydney (Australie). La session s'ouvrira le 26 septembre et se terminera le 30 septembre 1892.

Voici la constitution du bureau :

Président : P. Sydney Jones, 16, College Street, Hyde-Park, Sydney, N. S. W. — *Vice-présidents* : J. Cooke Verco (d'Adelaïde), Th. Naughton Fitzgerald (de Melbourne), J.-R.-M. Thomson (de Victoria); B. Poulton (d'Adélaïde); Ph.-Ed. Muskett (Sydney); F.-E. Hare (Queensland); Sr A. Roberts (Sydney); A. Renwick (Sydney); J.-C. Cox (Sydney); W.-J. O'Reilly (Sydney); W. Brown (Paromatta). — *Trésorier* : Th. Chombers. — *Secrétaires* : T.-P. Anderson Stuart (de Sydney); J.-S. Knaggs (Sydney).

Ce Congrès comprend 5 sections :

SECTION I. — *Médecine et maladies de la peau.*

Président : M. J. Robertson (Melbourne); *Vice-présidents* : J.-C. Verco (Adelaïde); E.-O. Giblin (Hobart, Tasmanie ; D. Colquhoun (Dunedin); J.-R. Ryan (Melbourne). — *Secretaires* : R.-R. Huxtable (Sydney); R. Scot Skirving (Sydney).

SECTION II. — *Chirurgie et maladies des yeux, des oreilles et du nez.*

Président : M. Gardner (Adélaïde). — *Vice-présidents* : J.-W. Barrett (Melbourne); W.-E.-C. Colbris (Wellington, New-Zealand); T.-A. Bowen (Melbourne); Fr.-D. Bird (Melbourne); C.-R. Ryan (Melbourne); D. Hardie (Brisbane, Queensland); Adam Jameson (Perth, Western Australia). — *Secrétaires* : Th. Fiaschi (Sydney); A. Mac. Cormick (Sydney).

SECTION III. — *Gynécologie, accouchements et maladies des enfants.*

Président : M. W. Balls-Headley (Melbourne) ; — *Vice-Présidents* : F.-C. Batchelor (Dunedin) ; R.-D. Puinock (Ballarat, Victoria); R.-S. Bright (Hobart, Tasmania); Ed. Huichcliff (Sandhurst, Victoria). — *Secrétaires* : Joseph Foreman (Sydney); R. Worrall (Sydney).

SECTION IV. — *Hygiène publique, médecine légale, mentale et démographie.*

Président : M. H.-H. Whittall (Adelaïde). — *Vice-Présidents* : A. Gresswell (Melbourne); D. Macgregor (Wellington); Fr. Ogston (Dunedin); Mc Creery (Kew Victoria) ; Taylor (Brisbane); Barnard (Hobart); Macfarlane (New Norfolk, Tasmania); A. Waylen (Perth). — *Secrétaires* : J.-A. Thompson (Sydney); Eric Sinclair (Sydney).

SECTION V. — *Anatomie et physiologie.*

Président : M. Brookes Allen (Melbourne). — *Vice-Présidents* : A. Watson (Adelaïde); J.-H. Scott (Dunedin); B. Spencer (Melbourne); L. Gibson (Brisbane); Stirling (Adélaïde). — *Secrétaires* : J.-T. Wilson (Sydney); C.-J. Martin (Sydney).

Le bureau du Congrès a fait les plus louables efforts pour attirer en Australie un grand nombre de médecins européens et des réductions considérables ont été obtenues des Compagnies anglaises pour atténuer autant que possible les frais de voyage.

Pour tous renseignements relatifs au voyage à prix réduit, s'adresser à M. le Dr Félix TERRIER, délégué français, 3, rue de Copenhague, à Paris.

Adresse du Congrès :

Postale : 16, College street, Sydney, N. S. W.
Téléphonique : n° 416, Sydney.
Télégraphique (Cable adress) : " *Congress*, Sydney.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — A la suite des concours de cette année et par arrêté du ministre de l'instruction publique, sont institués agrégés près les facultés de médecine ci-après désignées, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1892, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Section de pathologie et médecine légale. Faculté de Paris : MM. Charrin, Gaucher, Roger, Marfan, Ménétrier. — Faculté de Bordeaux : MM. Cassaet et Auché. — Faculté de Lille : M. Surmont. — Faculté de Lyon : M. Courmont et Devic. — Faculté de Montpellier : MM. Ducamp et Rauzier. — Faculté de Nancy : Haushalter. — Faculté de Toulouse : M. Remond.

Section de chirurgie et accouchements. 1° CHIRURGIE. Faculté de Paris : MM. Lejars, Delbet et Albarran. — Faculté de Lille : M. Carlier. — Faculté de Lyon : MM. Rochet, Rollet et Condamin. — Faculté de Montpellier : M. Lapeyre. — Faculté de Nancy : MM. Février.

2° ACCOUCHEMENTS. Facultés de Paris : M. Varnier. — Faculté de Bordeaux : M. Chambrelent. — Faculté de Lille : M. Tracon. — Faculté de Lyon : M. Polloson.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. 1° ANATOMIE. Faculté de Paris : M. Sebileau. — Faculté de Bordeaux : M. Princeteau. — Faculté de Lille : MM. Curtus et Laguesse. — Faculté de Nancy : M. Prenant.

2° PHYSIOLOGIE. Faculté de Lille : M. Bédard. — Faculté de Toulouse : M. Abelous.

3° HISTOIRE NATURELLE. Faculté de Paris : M. Heim. — Faculté de Lyon : M. Roux.

Section des sciences physiques. 1° PHYSIQUE. Faculté de Bordeaux : M. Sigalas. — Faculté de Lille : M. Castex.

2° CHIMIE. Faculté de Lyon : M. Bayrac. — Faculté de Montpellier : M. Moitessier.

3° PHARMACIE. Faculté de Paris : M. André. — Faculté de Lyon : M. Deroide.

Facultés de médecine de Lille. — M. Doumer, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté de médecine de Lille, à partir du 1er novembre 1892.

M. Morelle, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Lille, à partir de la même date.

École du service de santé militaire. — Les épreuves écrites du concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire ont eu lieu, dans toute la France, les 21 et 22 juillet.

Les sujets des compositions ont été les suivants :

Histoire naturelle. — Fonctions physiologiques des feuilles.

Chimie médicale. — Composés oxygénés du carbone.

Histoire. — Par quels événements ont été préparés, au dix-huitième siècle, les partages de la Pologne ? Quels ont été les résultats de ces partages pour les puissances européennes qui s'y sont associées ?

Langue étrangère. — Un thème anglais ou allemand sans dictionnaire.

La liste des candidats reconnus admissibles à la suite de ces épreuves (admissibilité au premier degré) paraîtra au *Journal officiel*, probablement vers le 15 août.

Ceux des candidats admissibles au premier degré qui doivent passer les épreuves orales à Lyon, y subiront les épreuves orales d'admissibilité le 3 septembre et les jours suivants. Les candidats admissibles au deuxième degré passeront les épreuves définitives dès que les épreuves d'admissibilité seront terminées.

39 candidats étant inscrits à Lyon pour les compositions écrites, 27 se sont présentés. Ceux qui ont fait défaut avaient, pour la plupart, été ajournés au premier examen de doctorat.

Parmi les jeunes gens qui ont fait leurs compositions écrites à Lyon, il en est un certain nombre qui, étudiants de la Faculté de médecine de Lyon, ont demandé à subir les épreuves orales dans le lieu de résidence de leur famille. (*Lyon méd.*)

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 6 août 1892, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gentilhomme, médecin de première classe des colonies.

Au grade de médecin de première classe. — M. Grall, médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bernard, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — *Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire* 1891-1892. — Gaudier (Henri-Joseph) : Anatomie de la glande thyroïde (Anatomie topographique. — Anatomie descriptive. — Origine. — Structure chez l'homme et dans la série animale). — Ducroquet (Jean-Baptiste) : Contribution à l'étude des greffes. Comparaison entre la méthode italienne modifiée et la méthode d'Ollier-Thiersch. — Maguin (Gustave) : Contribution à l'étude de l'action physiologique de l'ergotine et de l'ergotinine sur la circulation et sur l'estomac, etc. — Chivoré (Florentin-Nicolas-Joseph) : Tumeurs de la vessie chez l'enfant. — Mariage (Henri-Ignace) : Etude clinique sur le strabisme. — Fischer (Charles Auguste) : De la désinfection publique. — Hennart (Eugène-Richard-Joseph) : Sur les réflexes d'arrêt de l'estomac. Application à la pathogénie de la dilatation de cet organe. — Dezwarte (Emile-Louis) : Le lupus des vieillards. — Colle (Pierre-Archange-Henri) : Des perforations traumatiques de l'utérus en gynécologie. — Régnier (Pol) : De l'adénie infectieuse. Sa nature. Son diagnostic. — Joland (Gabriel-Gaston) : De la dacryoadénite. — Bué (Vincent-Joseph-Martin) : Du souffle utérin. — Cochon (Léonce-J.-B.-Joseph) : Contribution à l'étude de l'arthrodèse. — Carette (Omer-Gabriel-Joseph) : Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine, pendant les mois de juillet* (*année scolaire* 1891-1892). — Chassagne : Sur les souffles inorganiques anémiques et extracardiaques. — Fromaget : Contribution à l'étude de l'histologie de la rétine. — Gérard : Des hémorrhagies intra-utérines de la délivrance chez les femmes albuminuriques. — Bégouin : Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale. — Constantin : Contribution à l'étude de la pneumotomie dans les abcès du poumon. — Angis : Des autoplasties réparatrices de la main. — Dutour : Du traitement électrique de l'occlusion intestinale. — Labrit : Du traitement du coryza chronique atrophique par les pulvérisations au nitrate d'argent. — Hédon : Contribution à l'étude du catarrhe naso-pharyngien chronique (angine dite de Tornwalett) et de son traitement. — Morin : Mécanisme du système nerveux ; Structure anatomique et nature des individualités du système nerveux (anses réflexes physio-psychiques). — Dubuc : Des douleurs fulgurantes tabétiques. — Fonrcaud : Stérilisation et conservation aseptique des instruments en gomme élastique et en caoutchouc vulcanisé. — Carpentier : Sur le traitement chirurgical de l'hypospadias périnéo-scrotal. — Estradère : De l'influence du traumatisme sur l'éclosion des tuberculoses locales primitives. — Servières : De l'herpès génital chez la femme. — Le Taro : De la polyopie monoculaire. — Bonneau : Contribution à l'étude du psoriasis et de son traitement. — Parin : Étude historique et critique de l'inoculation variolique au point de vue de ses qualités préservatrices. — Étournaud : Sur un cas de pouls lent permanent avec crises syncopales et attaques épileptiformes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Séméiologie et diagnostic des maladies nerveuses, par MM. Paul Blocq, chef des travaux anatomiques à la Salpêtrière, et J. Onanoff, 1 vol. in-18 diamant, cartonné toile anglaise, tranches rouges. Prix 5 fr.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi. — **Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie**, par le professeur Grasset. Leçons recueillies et publiées par le D. S. Jeannel. Chef de clinique. — Une brochure in-8° de 88 pages.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 30 JUILLET AU 6 AOUT 1892

Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 2. — Rougeole, 22. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 21. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 33 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 41. — Bronchite aiguë et chronique, 26. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 51. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 157. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales 5. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 135. — Causes inconnues, 6. — Total 866

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CHIRURGIE DES ENFANTS

Résultats éloignés de la cure des abcès froids par les injections d'huile iodoformée. — Importance de la technique opératoire (1).

Par P. Redard,

Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Notre communication a pour but de démontrer :

1° La valeur considérable dans le traitement des abcès froids, des injections intra-cavitaires de solutions ou d'émulsions antiseptiques ;

2° L'importance de la technique opératoire de ces injections.

I. — Depuis les travaux de Verneuil et de ses élèves, de nombreuses observations favorables au traitement des abcès froids par les injections antiseptiques, ont été publiées en France et à l'étranger.

Quelques-unes de ces observations sont incomplètes, les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps. Depuis 1886, nous avons pratiqué pour des abcès froids de très nombreuses injections cavitaires d'éther ou d'huile iodoformée dans notre service du dispensaire Furtado-Heine. Le nombre de nos guérisons a été important (70 0/0) : avec l'éther iodoformé nous avons cependant noté quelques accidents : distension gazeuse, eschares, fistules consécutives, accidents d'intoxication légers, récidives ; aussi avons-nous substitué, depuis trois ans, l'huile à l'éther iodoformé, en pratiquant, avant l'injection d'huile iodoformée, un lavage soigneux de l'abcès avec une solution naphtolée.

Les modifications dans la technique opératoire que nous exposons plus loin nous paraissent expliquer les nombreuses guérisons obtenues sans accidents et l'absence de récidive.

(1) Communication au Congrès de la tuberculose, 1891.

Nous baserons nos conclusions actuelles sur 30 observations d'abcès froids importants, d'origine osseuse, traités par des injections d'huile iodoformée et suivis pendant un temps très long, un à deux ans.

Les *résultats éloignés* de cette méthode de traitement nous paraissent intéressants, la plupart des observations ne donnant, en effet, que quelques renseignements sur la marche de l'affection tuberculeuse au bout de deux ou trois mois, les malades étant ensuite perdus de vue.

L'examen de nos observations démontre d'une façon évidente que l'iodoforme injecté dans une cavité close avec membrane tuberculogène, modifie profondément cette cavité, la transforme, produisant la guérison assez rapide de l'abcès. L'iodoforme agit non seulement sur l'abcès, mais modifie encore le tissu osseux tuberculeux, origine première du mal. Nos observations se rapportent, en effet, pour la plupart, à des abcès froids ossifluents consécutifs à des maux de Pott.

Notre série d'observations est particulièrement favorable, puisque sur 30 cas d'abcès froids volumineux, importants, dont 20 d'origine osseuse (12 cas d'abcès froid dans le mal de Pott), nous notons 28 guérisons absolues, 2 améliorations avec persistance de fistules.

Nous ne nous occupons pas dans notre statistique des injections d'huile iodoformée pour des tuberculoses ganglionnaires ou articulaires, l'iodoforme dans ces cas étant assez souvent infidèle ;

Dans aucun cas nous n'avons noté d'accidents ; nous n'avons jamais observé avec l'huile iodoformée d'inflammation vive de la paroi, des accidents d'intoxication. Nous insistons plus loin sur la parfaite innocuité des injections d'huile iodoformée.

Dans tous les cas, nous recherchons avant notre opération si les sujets ne sont pas albuminuriques.

Chez aucun de nos malades nous n'avons noté de récidive. Chez trois, nous avons dû opérer de nouveaux abcès survenus dans des points assez éloignés de l'abcès primitif et ne paraissant avoir aucun rapport avec lui.

La guérison a été obtenue assez rapidement au bout de trois mois en moyenne. Dans 3 cas, une seule injection d'huile iodoformée a suffi. Le plus souvent nous avons dû pratiquer 2 à 3 injections.

Autant l'iodoforme injecté dans une *cavité d'abcès froid absolument close* jouit de propriétés curatives considérables, autant il nous paraît peu efficace lorsqu'il existe une fistule ou lorsqu'il est appliqué sur des surfaces tuberculeuses suppurant à l'air libre. Les injections d'huile ou d'éther iodoformé dans des articulations tuberculeuses *avec fistules* ou dans des abcès froids ganglionnaires ne nous ont jamais donné de bons résultats. Nous nous sommes

adressé, dans ces cas, à d'autres méthodes chirurgicales plus efficaces.

D'après nos recherches, *les injections d'huile iodoformée conviennent surtout dans les abcès froids, sans fistules, absolument clos*. Nous indiquons dans notre technique opératoire, les moyens d'éviter les fistules et de conserver ces conditions favorables à la guérison.

En résumé, nos observations de malades suivis pendant longtemps démontrent que la méthode des injections dans les abcès froids d'émulsions d'huile iodoformée, est recommandable. Cette méthode facile et sans dangers, appliquée suivant des règles précises, permet d'obtenir une modification énergique des parois des abcès tuberculeux, même d'origine osseuse. La guérison se produit rapidement et sans récidives. Les injections d'huile iodoformée, dans la majorité des cas d'abcès froids importants, surtout ossifluents, doivent être préférés aux raclages et autres opérations sanglantes.

II.—La technique opératoire de l'injection des émulsions iodoformées nous paraît très importante. Les détails du procédé opératoire retentissent d'une façon directe sur les résultats, permettent d'éviter les accidents et d'obtenir des cures rapides, sans récidives.

L'huile nous paraît préférable à l'éther iodoformé. Dans nos premières observations d'injections avec l'éther iodoformé, nous avons noté quelques accidents, signalés par d'autres auteurs : distension énorme de la poche, douleurs extrêmement vives, menaces d'eschares, quelques symptômes d'intoxication. Avec l'huile iodoformée, ces accidents n'existent pas et nous ne les avons jamais observés malgré le nombre considérable d'opérations pratiquées. L'éther n'agit pas du reste d'une façon spéciale sur le tissu tuberculeux, il dissout, il est vrai, en partie l'iodoforme. mais cette dissolution ne nous paraît pas utile. Nous ne voyons qu'inconvénients à conserver l'éther dans la pratique des injections iodoformées. L'examen de nos observations démontre que l'iodoforme en émulsion dans l'huile agit d'une façon favorable, produisant des guérisons rapides, peut-être plus rapides qu'avec l'emploi de l'éther iodoformé. L'huile ne présente aucun inconvénient, elle se répand avec facilité sur les parois de la cavité de l'abcès, se résorbe en partie assez rapidement sans produire d'embolie ou d'autres accidents. En général, la résorption est complète; dans quelques cas très rares, nous avons dû ponctionner de véritables kystes huileux peu volumineux, ne contenant plus de pus. Après ces ponctions, la guérison est complète. L'émulsion que nous employons est à 10 0/0 soit:

Iodoforme............	10 grammes.
Huile d'olives stérilisée..	Q. s. pour 100 cc.

La quantité laissée varie suivant le volume de l'abcès, nous ne laissons dans la cavité qu'une *très petite quantité* d'huile iodoformée.

La peau étant savonnée, lavée au sublimé, nous faisons la ponction avec un trocart ordinaire assez volumineux, très soigneusement stérilisé par le flambage. Nous préférons le trocart ordinaire aux appareils aspirateurs et à leurs aiguilles. Les aiguilles de ces appareils s'engorgent et s'obstruent facilement, l'abcès se vide mal. L'aspiration a quelques sérieux inconvénients, elle produit des changements brusques de pression, la rupture des petits vaisseaux de la paroi. Pendant l'écoulement du pus, nous évitons avec grand soin toute pression sur la poche pouvant amener un écoulement sanguin. Une tige ronde en argent, d'un calibre un peu inférieur à la canule du trocart, sert à la désobstruer, ce qui se produit fréquemment, surtout dans certaines cavités d'abcès froids, ayant des parois tomenteuses et contenant des débris de membrane tuberculogène entraînés par le pus.

Nous lavons soigneusement et à plusieurs reprises la cavité de l'abcès. Nous nous servons, dans ce but, d'une seringue aseptique, s'adaptant exactement à la canule du trocart. Nous trouvons de grands avantages à ce lavage exact qui entraîne des débris importants de membrane tuberculogène.

Le liquide que nous employons est une solution de napthol β :

Napthol β......	10 grammes.
Eau distillée....	Q. s. p. 100 cc.
Alcool à 90°...	5 grammes.

Le napthol β, non dissous, tapisse les parois de l'abcès et joint sa puissante action modificatrice à celle de l'iodoforme injecté plus tard. Cette action combinée du napthol et de l'iodoforme contribue à obtenir les résultats heureux notés dans nos observations.

L'injection d'eau naptholée ne nous a jamais donné aucun accident : douleurs, intoxication. Plusieurs seringues de la solution naptholée sont poussées dans l'abcès et lorsque le liquide ressort assez clair, non mélangé de pus, nous injectons dans la cavité de l'abcès de l'huile iodoformée, pratiquant encore avec ce liquide une sorte de lavage, et faisant ressortir une partie de l'émulsion.

Nous attachons une certaine importance à la stérilisation du trajet créé par le trocart et la canule. Nous lavons avec soin, avec du coton imbibé de liqueur de Van Swieten, la petite plaie opératoire, enlevant par des pressions et des lavages avec la même liqueur les petites parcelles de membranes tuberculeuses qui se trouvent dans le trajet. On évite de cette façon les inoculations secondaires de la peau et des tissus sous-jacents et les fistules secondaires.

L'occlusion est faite très soigneusement avec du collodion iodoformé. On termine par un pansement ouaté compressif.

L'occlusion parfaite, la stérilisation du trajet du trocart sont des conditions essentielles de la cure des abcès froids par les injections d'huile iodoformée.

Lorsqu'une fistule se produit quelque temps après l'opération, la guérison est compromise. Ainsi que nous l'avons signalé plus haut, l'iodoforme agit surtout sur les produits tuberculeux lorsqu'il est contenu dans une cavité exactement close.

La technique opératoire que nous venons d'indiquer, quoique extrêmement simple, a une importance considérable sur les résultats de la cure. Nous attribuons à la pratique que nous suivons, l'absence de tout accident, les guérisons rapides et sûres obtenues chez nos malades.

PHYSIOLOGIE

EFFETS PHYSIOLOGIQUES D'UN LIQUIDE EXTRAIT DES GLANDES SEXUELLES ET SURTOUT DES TESTICULES (1),

Par M. BROWN-SÉQUARD.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats principaux observés sur moi-même et sur un nombre extrêmement considérahle de personnes, aprés des injections sous-cutanées ou intra-rectales (2) de liquides extraits des testicules ou des ovaires. Ces injections, depuis trois ans que j'en ai proposé l'usage, ont été employées dans presque toutes les parties du monde, et, comme on le verra, non sans succès, contre la faiblesse dépendant d'un âge avancé ou des maladies les plus variées.

Déjà en 1869, dans un cours à la Faculté de médecine de Paris, j'avais émis l'idée que les glandes ont des sécrétions internes et fournissent au sang des principes utiles sinon essentiels. Je croyais, dès alors, que la faiblesse chez les vieillards dépend non seulement de l'état sénile des organes, mais aussi de ce que les glandes sexuelles ne donnent plus au sang des principes qui, à l'âge adulte, contribuent largement à maintenir la vigueur propre à cet âge. Il était donc tout naturel de songer à trouver un moyen de donner au sang de vieillards affaiblis les principes que les glandes sexuelles ne lui fournissent plus. C'est ce qui m'a conduit à proposer l'emploi d'injections sous-cutanées d'un liquide extrait de ces glandes.

Les testicules et les ovaires ont au moins trois grands usages distincts consistant : le premier, dans leur rôle hien connu dans la génération; le second, dans l'influence aussi très connue qu'exercent les principes résorbés dans ces glandes sur les centres nerveux et qui donnent à l'homme et à la femme les caractères physiques, moraux et intellectuels qui appartiennent en propre à l'un et à l'autre; le troisième dans une action tonifiante spéciale qui augmente certaines puissances d'action de la moelle épinière et du cerveau.

C'est ce dernier point qui fait l'objet de ce travail. J'y ai surtout été conduit par les faits bien connus que chez les individus des deux sexes privés, dans la première enfance, des testicules ou des ovaires, de même que chez ceux qui s'épuisent par la masturbation ou des excès sexuels, les centres nerveux perdent considérablement de leur puissance. On sait aussi que chez ceux qui, naturellement vigoureux, se privent absolument de relations sexuelles, les puissances de la moelle épinière et du cerveau s'exagérent jusqu'à atteindre souvent un état morbide.

Après m'être assuré, chez des animaux, de l'influence tonifiante d'injections d'extrait liquide de testicules et de l'innocuité de cette opération faite avec certaines précautions, j'ai fait en 1889, sur un savant bien connu âgé de 72 ans, des injections dont les résultats ont dépassé tout ce que j'en espérais. Je n'indiquerai ici que les principaux de ces résultats.

Depuis mars 1860 où ce savant a commencé, à l'aide du dynamomètre universellement employé par les médecins, à mesurer la force des muscles fléchisseurs, à son avant-bras droit, cette force avait graduellement diminué jusqu'en mai 1889, où les premières injections ont été faites. Le poids maximum, d'après les indications de l'index a été, en 1860, de 50 kilog. En 1863, il était de 46 kilog. et en 1889 (du 5 au 15 mai) de 37 kilog. La moyenne d'un très grand nombre d'essais durant les dix jours qui ont précédé la première injection, faite le 15 mai, a été de 34 kilog., 5 (de 32 kilog. à 37 kilog.). *Dès le lendemain de cette injection, cette moyenne s'était élevée* à 41 kilog. (de 39 kilog. à 44 kilog.). Il y avait donc eu un gain très évident de force (de 34 kilog. 5 à 41 kilog.). Le maximum de force marqué par le dynamomètre en 1863 avait été de 46 kilog. Ce chiffre a été presque atteint 26 ans aprés, puisque le maximum en 1889, après les injections, a été de 44 kilog. chiffre bien plus considérable que celui qui avait été observé avant la première injection lequel, au maximum, n'avait été que de 37 kilog. Le sujet de l'expérience, âgé aujourd'hui de 75 ans, a pu, en présence de plusieurs membres de l'Académie, mouvoir encore 44 kilog.

Le sujet de l'expérience avait notablement perdu de ses forces durant les dix ou douze années qui l'avaient précédée. Avant le 15 mai 1889, il était si faible qu'il lui fallait toujours s'asseoir après avoir travaillé debout, une demi-heure, au laboratoire. Même en restant assis, il était épuisé aprés trois ou quatre heures d'expérimentation et quelquefois même après deux heures seulement. Très fréquemment, depuis plus de dix ans, l'épuisement était tel, le soir, lorsqu'il quittait le laboratoire, qu'il était obligé de se mettre au lit, où le sommeil lui faisait défaut à cause de l'excès de fatigue. Dès le lendemain du jour de la première injection, mais plus encore les jours suivants (5 injections avaient été faites en trois jours, les 15, 16 et 17 mai), un changement radical avait eu lieu en lui et il avait retrouvé autant de force que nombre d'années avant. Au grand étonnement de ses assistants, MM. d'Arsonval et Hénocque, il était devenu capable de faire des expériences pendant plusieurs heures, en se tenant debout, sans ressentir le besoin de s'asseoir. En rentrant du laboratoire, il était si peu fatigué qu'il était devenu capable de s'occuper longtemps de la rédaction de mémoires sur des sujets difficiles, ce qu'il n'avait pu faire depuis un très grand nombre d'années (1).

Le jet de son urine, mesuré avec un grand soin dans les dix jours qui ont précédé et les vingt jours qui ont suivi sa première injection, a montré un gain de plus d'un quart. Je n'ai pas besoin de dire que les circonstances étaient les mêmes, dans tous les cas, avant et après cette injection : les émissions avaient lieu à la même heure, après un repas se composant d'aliments semblahles et de la même quantité de hoisson. Ici, comme pour la force des membres, on a la preuve que la puissance de sa moelle épinière était con-

(1) Académie des sciences, séance du 23 mai 1892.

(2) J'ai fait usage, en 1890, d'injections intra-rectales et souvent avec presque autant de succès que par des injections sous la peau ; mais pour obtenir des effets favorables par ce procédé, il importe d'employer un liquide très concentré et contenant tout ce que l'on peut retirer de deux testicules entiers, c'est-à-dire de 10 à 20 fois plus que par l'autre procédé.

(1) Le sujet de l'expérimentation, le 28 octobre dernier, se disposant à partir pour Nice, où il devait passer six mois, a eu à rester debout ou à marcher pendant plus de seize heures, surveillant l'emballage de livres, de manuscrits, d'instruments, etc.; il est arrivé le lendemain soir, ayant à peine dormi, et néanmoins *il ne ressentait aucune fatigue*. Il était à ce moment âgé de 74 ans et 8 mois.

sidérablement augmentée. Il en a été de même à l'égard de la défécation, qui, chez lui, était devenue extrêmement laborieuse et même quelquefois impossible sans moyens artificiels. Dans les quinze jours qui ont suivi la première injection, un changement radical est survenu chez lui : l'acte réflexe de la défécation avait repris son état normal.

Enfin, le travail intellectuel, qui était devenu très pénible, est redevenu facile dès après les premières injections.

Ceux qui connaissent la puissance des auto-suggestions se demanderont si tous les effets montrant une augmentation de force chez le vieillard dont j'ai donné l'histoire n'ont pas été produits par une simple influence du moral sur le physique. Que cette influence ait eu une part dans la production de ces effets, ce n'est pas moi qui le nierai. Mais des faits extrêmement nombreux et absolument décisifs se sont accumulés depuis trois ans, montrant que c'est bien à une action physique et directe du liquide testiculaire sur le centre cérébro-rachidien et surtout sur la moelle épinière qu'il faut attribuer, dans l'immense majorité des cas, les augmentations de force qu'on observe après l'injection sous-cutanée de ce liquide. Une expérience de M. Variot en a donné la preuve pour la première fois. Dans un service d'hôpital, où nombre de vieillards avaient reacquis de la force après l'injection du liquide testiculaire, on annonça à un vieillard très affaibli qu'on allait lui donner de la force comme aux autres et par le même moyen, mais sans qu'il le sût; au lieu du liquide tonifiant, on lui injecta de l'eau pendant nombre de jours sans qu'il eût chez lui la moindre apparence d'augmentation de force. A l'improviste et sans que le malade pût savoir qu'on avait fait un changement, on fit une injection de liquide testiculaire. Dès le lendemain, la vigueur générale avait augmenté et elle continua à croître après d'autres injections de ce liquide. Je connais un grand nombre de faits plus ou moins analogues à celui-là et nombre d'autres d'un caractère bien différent, mais conduisant à la même conclusion. Ainsi, des individus affaiblis par l'âge ou la maladie et qui étaient soumis à des injections de morphine ou de strychnine ou d'atropine, sans changement dans leur vigueur, ont eu, sans en avoir le moindre soupçon, des injections de liquide testiculaire, après lesquelles la force leur est revenue à un très notable degré. De plus, chez des centaines de malades affaiblis par les causes les plus variées, qui avaient un très grand espoir d'acquérir de la force par des injections de liquide testiculaire, le retour de la vigueur n'est venu qu'après plusieurs et même un grand nombre d'injections et souvent avec lenteur. Très fréquemment donc, l'auto-suggestion ne joue aucun rôle dans la production des effets des injections de liquide testiculaire et ces effets doivent être attribués surtout ou entièrement à une influence dyamogénique ou tonifiante de ce liquide, s'exerçant sur les centres nerveux.

La durée des effets produits par le liquide testiculaire chez les vieillards est considérable quelquefois. Pour abréger, je me bornerai à dire que la vigueur de la moelle épinière montrée par la force des membres peut durer un mois et même plus après la cessation des injections, et que la force de la vessie et du rectum peut persister encore davantage.

Je crois devoir montrer, par quelques cas remarquables, combien est grande l'influence dynamogéniante du liquide testiculaire :

Un vieillard de 89 ans était affaibli à un tel degré qu'il pouvait à peine monter ou descendre l'escalier de sa maison, bien qu'il demeurât au premier étage. Après un certain nombre d'injections de liquide testiculaire, faites par le Dr Variot, il avait recouvré tant de force qu'il pouvait faire de longues promenades à cheval sans fatigue. Ce retour à la vigueur persistait encore après deux ans, pendant lesquels le Dr Variot n'avait pourtant pas fait un très grand nombre d'injections.

Chez un vieillard mourant de cachexie paludéenne, ne pouvant plus même ouvrir les yeux, une injection de liquide testiculaire de singe, faite par le Dr Laurent, de Port-Louis (île Maurice), a eu un tel effet que le malade a pu, le lendemain, se lever seul, après avoir été plusieurs années confiné au lit. Dans une lettre qui m'a été communiquée par le Dr Tholozan, ami du malade, celui-ci, après plusieurs injections de liquide testiculaire de cobaye et de singe, déclare qu'il est « complètement rétabli et plus fort qu'il y a trois ans ».

Un physiologiste de grand mérite, plusieurs fois lauréat de l'Académie, M. E. Gley, m'a fourni l'histoire d'une jeune malade, femme d'un médecin de Paris, qui a été tirée quatre fois, dans l'espace de quatre ou cinq mois, d'un état de profonde anémie, consécutif à de profuses hémorragies pulmonaires, à l'aide d'injections de liquide séminal. La première fois, en juillet 1889, la faiblesse était telle que la malade ne pouvait plus dire que quelques mots et à voix basse. Quelques heures après une seule injection du liquide spécial qui était employé (voir *Archives de Physiologie*, p. 644; 1890), l'état adynamique avait disparu, et déjà, les jours suivants, la malade avait pu supporter sans fatigue des excursions à la campagne et des visites prolongées à l'Exposition.

L'expérimentateur sur lequel les premières recherches sur le liquide testiculaire ont été faites a été très malade à Nice, en janvier 1891. Bien que soigné par notre éminent confrère, M. Bouchard, il était arrivé presque à l'agonie.

Affaibli d'abord par une entérite extrêmement intense, qui avait résisté à un traitement très énergique pendant plus de dix jours et qui s'était montrée chez lui au quinzième mois d'une coqueluche violente, il avait été atteint de contracture rhumatismale des muscles du thorax (intercostaux et autres) et parfois aussi du diaphragme. De plus, l'état morbide du bulbe dû à la coqueluche, après avoir causé du hoquet d'une manière presque non interrompue pendant deux ou trois jours, déterminait parfois du spasme de la glotte et d'autres fois, simultanément : 1° de l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang, montré par le fait que le sang était rouge dans les veines, malgré une cessation complète de tout mouvement respiratoire (durant souvent plus de deux minutes ; 2° une diminution considérable (en force et en vitesse) de l'action cardiaque. M. Bouchard ayant été obligé de le quitter, il était soigné par le Dr Frémy, qui, le trouvant mourant, voulut bien lui faire une injection de 2 grammes d'un liquide testiculaire très fort, préparé tout exprès quelques jours avant par M. d'Arsonval. Deux heures après l'injection, tous les phénomènes morbides dépendant de l'état du bulbe, ainsi que les contractures rhumatismales des muscles respiratoires, disparurent complètement et ne se sont plus remontrés depuis lors. Quant à la faiblesse qui, avant l'injection, était telle que le malade

ne pouvait soulever sa tête, qu'il ne pouvait se tourner dans son lit et encore moins en descendre et y remonter, elle avait cessé à ce point que tous ces actes étaient devenus faciles.

En présence d'un fait si remarquable, il y a lieu de se demander si c'est vraiment l'injection qui a fait disparaître si rapidement les manifestations des états morbides divers qui existaient. Je ne puis pas l'affirmer, mais ce qui est certain, c'est que la faiblesse si considérable qui avait envahi depuis nombre de jours presque toutes les parties du corps et atteint depuis vingt-quatre heures le degré d'une paralysie à bien peu près complète, a promptement cessé sous l'influence tonifiante du liquide injecté.

Les faits que j'ai rapportés et un très grand nombre d'autres montrent clairement la puissance du liquide extrait des testicules pour augmenter les forces d'action des centres nerveux. Mais la question reste de savoir par quel mécanisme ce liquide agit pour produire cet effet, après son entrée dans le sang, par absorption. Je suis obligé, aujourd'hui, de me borner à affirmer que ce liquide n'agit pas comme un excitant, comme un stimulant, mettant en jeu les forces qui préexistent et amenant nécessairement par là un épuisement plus ou moins grand. Jamais l'emploi du liquide testiculaire n'a été, après un temps plus ou moins long, suivi de la déperdition de forces que l'on peut constater après l'usage de certains stimulants. Ce qui a lieu, ainsi que je le montrerai dans un travail spécial, c'est une augmentation de ces transformations de forces auxquelles nous devons les puissances diverses de la moelle épinière et du cerveau.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

SUR LES PRODUITS DU FONCTIONNEMENT DES TISSUS, ET PARTICULIÈREMENT DES MUSCLES, SÉPARÉS DE L'ÊTRE VIVANT. — MÉTHODES ANALYTIQUES (1).

Par MM. ARMAND GAUTHIER et L. LANDI.

III. Avant de tirer les conséquences et conclusions qui résultent de nos observations et analyses, résumées dans le tableau de la page 1052, il importe d'exposer, en quelques mots, les méthodes suivies par nous pour doser les principes de la viande fraîche et de la même conservée à l'abri de toute altération bactérienne. Nous ne donnerons ici quelques développements qu'aux méthodes nouvelles, particulièrement à celle qui permet de résoudre, pour la première fois, le problème délicat de l'extraction totale des bases de la viande et de leur séparation en diverses familles.

A. Eau totale. — L'eau de la viande a été dosée par perte à 105° dans un courant d'acide carbonique sec. Sans cette précaution, le résidu augmente sensiblement de poids, sans doute, par oxydation, et l'eau semble diminuer. Même observation pour le dosage des graisses.

B. Albuminoïdes solubles et coagulables. — La viande finement hachée était épuisée par de l'eau distillée froide; les liqueurs étaient chauffées au bain-marie, concentrées au tiers et additionnées de leur volume d'une solution saturée de sulfate sodique et d'une trace d'acide acétique. Le coagulum formé était recueilli, lavé à l'eau, puis, avec une solution alcaline faible pour enlever un peu de caséine, enfin à l'eau, à l'alcool et à l'éther.

C. Corps caséiniques. — La solution alcaline ci-dessus, additionnée d'une trace de sels de chaux et saturée exactement d'acide acétique, en fournissait une petite portion. Mais la majeure partie de la caséine qui se produit dans la viande conservée se sépare déjà sous forme de grumeaux insolubles dans la liqueur exsudée de la viande. On lave cette caséine à l'eau et à l'alcool, on la sèche et la pèse.

Nous nous sommes assurés que le caillot qui se forme dans l'exsudat de la viande est composé de deux parties: l'une, soluble dans l'eau de chaux, les carbonates alcalins, l'acide acétique très dilué, jouit de toutes les propriétés de la caséine ordinaire; l'autre, insoluble dans les dissolvants ci-dessus, répond aux caractères d'une nucléo-albumine. On y reviendra.

La matière, spontanément coagulée dans la liqueur d'exsudation de la viande, ne contenait ni syntonine, ni globulines solubles dans les solutions de sels alcalins neutres, en particulier dans le sel marin au dixième.

D. Albuminoïdes insolubles. — Ils ont été dosés dans la viande hachée lavée à l'eau froide puis chaude, à l'alcool, enfin à l'éther au réfrigérant ascendant, et séchés. On défalquait le poids des sels minéraux insolubles.

E. Albuminoïdes insolubles peptonisables. — 30 gr. de viande pulvérisée et lavée à l'eau froide étaient placés à 40° avec 0 gr. 5 de pepsine très active; 2 cc. d'acide chlorhydrique ordinaire et 100 gr. d'eau. On recueillait les peptones formées en évaporant la liqueur, séchant et soustrayant le poids des sels correspondants.

E. Bouillon. — Une grande partie de la viande hachée était mise à bouillir avec un excès d'eau, puis lavée à chaud. On obtenait ainsi le bouillon où l'on déterminait la majeure partie des substances suivantes.

G. Urée — L'urée a été cherchée en précipitant, par le nitrate mercurique, le bouillon, à peine sensiblement acidulé d'acide acétique, filtrant, saturant la liqueur par le carbonate sodique et ajoutant un léger excès d'azotate mercurique. Il faut toujours maintenir neutre la liqueur, grâce à des additions de carbonate sodique. Le composé mercuriel qui se précipite est décomposé par H^2S; la liqueur, concentrée dans le vide à 40° après neutralisation par le carbonate ammonique, donne un résidu qu'on reprend par l'alcool concentré pour dissoudre l'urée. Cette recherche a toujours été négative.

En même temps que l'urée, l'azotate de mercure précipite beaucoup de corps basiques, quoiqu'il ne les sépare pas tous du bouillon.

H. Extraction et séparation des bases. — La méthode que nous allons donner et qui est due à l'un de nous (*A. Gautier*) est pour sa plus grande part nouvelle et d'une application très générale, même aux végétaux.

Dans le cas de la viande on précipite, par l'acétate de plomb neutre, le bouillon concentré au 1/8, dans le vide à 100°, puis refroidi; on filtre, lave et concentre encore de moitié. Le précipité plombique ainsi obtenu contient, en petite quantité, des corps salifiables, que l'on peut enlever

(1) Académie des Sciences, 23 mai 1892.

au moyen d'une lessive faible de potasse et qui précipitent à froid ou à chaud de leur solution potassique préalablement saturée d'acide acétique lorsqu'on l'additionne d'acétate de cuivre (1).

La liqueur, séparée du précipité plombique précédent, est privée de plomb par H^2S, concentrée de moitié et dialysée. Toutes les bases passent à travers le dialyseur, la gélatine et les corps analogues restent.

La partie dialysée, concentrée et acidulée d'acide nitrique, est précipitée par le phosphomolybdate de sodium en liqueur acide (2). Il se fait un abondant et dense précipité jaune de phosphomolybdates des bases, précipité que l'on sépare et lave presque aussitôt à l'acide nitrique trés étendu puis à l'eau bien exactement (3).

Tous les alcaloïdes sont ainsi précipités, y compris les bases créatiniques et xantbiques, et l'ammoniaque ellemême.

Le précipité molybdique *bien lavé* est alors mis à bouillir quelques instants, non pas avec de la chaux ou de la baryte, ainsi qu'on l'a fait jusqu'ici à tort, mais avec une solution d'acétate neutre de plomb en excés. Les phosphomolybdates sont décomposés; il se fait du phosphate et du molybdate de plomb, tandis que les bases, avec la majeure partie de la xanthine et de la carnine, passent dans la liqueur qui devient acide (4).

Aprés avoir enlevé à la liqueur filtrée l'excès de plomb et des traces de molybdène par H^2S employé à chaud, on procède comme il suit à la séparation des bases ou des groupes de bases passées à l'état d'acétate.

On évapore dans le vide à 100° la liqueur contenant ces bases, et l'on reprend le résidu par l'alcool à 50° C. Il laisse un résidu (*Bases* A).

Bases A. — Ce résidu contient la majeure partie de la xantbine, sarcine, guanine, carnine et bases analogues, ainsi que la créatine, et la créatinine s'il en existe. On traite par l'ammoniaque faible qui dissout les premières sans toucher aux bases créatiniques. On sépare les bases xantbiques entre elles en laissant évaporer l'ammoniaque : l'adénine et la guanine se séparent; la sarcine et la xanthine restent dissoutes. On précipite la xanthine par le sous-acétate de plomb ammoniacal, la sarcine reste dans la liqueur.

Bases B. — La liqueur alcoolique qui avait laissé indissoutes les *Bases* A précédentes est neutralisée, concentrée et traitée par le chlorure mercurique. Ce sel précipite une série d'autres bases et laisse une liqueur (*Bases* C). Le précipité mercuriel est lavé et décomposé par l'bydrogène sulfuré. La liqueur filtrée bouillante donne :

1° Des bases précipitables par l'acétate de cuivre à froid (ce précipité n'est complet qu'aprés vingt-quatre heures). Les bases, ainsi précipitées par le cuivre, mises en liberté par H^2S, sont acides et donnent des chloroplatinates solubles et cristallisables. Elles rappellent par leurs propriétés les acides carbopyridiques ;

2° Des bases précipitables par l'acétate de cuivre à chaud seulement. Ce sont des bases xantbiques ; elles en possédent tous les caractères ;

3° Des bases que l'acétate de cuivre ne précipite pas. C'est le groupe le plus important. On sépare des liquenrs qui les contiennent l'excès de cuivre par H^2S, et l'on évapore à sec. En reprenant par l'alcool, il peut rester de la guanine, de la créatinine et même de la créatine, tandis qu'il se dissout des bases telles que la névrine $C^5H^{13}AzO$, la choline $C^5H^{15}AzO^2$, les butylènediamines et analogues, la neuridine $C^5H^{14}Az^2$, les éthylénimines, les bases hydropyridiques et bomologues, ainsi que des alcaloïdes qui donnent abondamment du pyrrol lorsqu'on les distille avec la chaux. Tous ces corps sont trés vénéneux.

Bases C. — La liqueur alcoolique d'où les *Bases* B ont été précipitées par le $HgCl^2$ est privée d'alcool par distillation et traitée par l'hydrogène sulfuré, puis par l'acétate de plomb; la liqueur filtrée, débarrassée de métaux par H^2S, est évaporée. Les dernières bases y sont contenues dès lors de nouveau principalement à l'état d'acétates. On évapore à sec; la créatine et les bases analogues restent lorsqu'on reprend le résidu par l'alcool faible. La liqueur, privée d'alcool, contient les autres bases : oxyéthylénamine, méthylguanidine, etc., que l'on sépare, suivant les cas, par l'emploi successif de l'acide picrique en liqueur acide, et surtout par cristallisations fractionnées à l'état de chloroplatinates. Presque toutes ces bases non précipitables par le $HgCl^2$ sont vénéneuses. Elles sont moins abondantes que les précédentes.

I. *Gélatine peptones, matières extractives.* — La gélatine du bouillon provient surtout de l'action de l'eau bouillante sur les collagènes de la viande. Elle peut se séparer du bouillon concentré, grâce à sa non-dialysabilité, et se précipiter alors par le phosphomolybdate. On la met en liberté par ébullition de ce précipité avec l'acétate de plomb.

Les matières extractives indéterminées se retrouvent dans la partie du bouillon non précipitable par le réactif précédent ; on sépare la liqueur, on la porte à 100° en présence d'un léger excés de baryte, on filtre, on enlève la baryte par SO^4H^2, enfin on évapore, sèche, pèse et soustrait les sels minéraux et autres composés déjà dosés.

Les peptones n'existent dans le bouillon qu'en quantité peu sensible.

K. *Graisses et autres substances solubles dans l'éther.* — La viande à dégraisser doit être pulvérisée, séchée et épuisée à l'éther ordinaire dans l'extracteur continu. L'éther enléve, outre les corps gras, quelques autres substances qui se dissolvent aussi dans l'eau (acides lactique et analogues, lécithines, etc.). On sèche les graisses dans l'acide carbonique.

L. *Glycogène, glycose.* — On concentre rapidement dans le vide, à 40°, le bouillon répondant à 300 gr. de viande et, sans filtrer, l'on précipite par l'iodure double de mercure et de potassium avec additions successives d'acide chlorbydrique. Après filtration, on ajoute à la liqueur quarante fois

(1) La potasse dissout généralement, dans ce cas, un peu de plomb qui précipite lorsqu'on sature la liqueur alcaline. Les bases ainsi séparées du plomb sont en minime quantité. On les réunit aux *Bases* B (voir plus loin).

(2) *Phosphomolybdate sodique* : 160 gr. — *Acide nitrique* : 150 gr. — *Eau* : quantité nécessaire pour faire un litre.

(3) La précipitation des bases se continue souvent durant plus de vingt-quatre heures, et l'on peut recueillir un peu d'un nouveau précipité jaune, dense, adhérent au verre. Mait il vant mieux séparer d'abord la grosse partie du précipité de la liqueur qui bleuit par réduction d'un peu de molybdate.

(4) Le précipité jaune de phosphomolybdate de plomb devient blanc gris on café au lait ou bleuâtre aprés l'ébullition avec l'acétate de plomb. Il peut contenir une *trace* des bases aptes à précipiter par l'acétate de cuivre. On les enléve, au besoin, en traitant ce précipité plombique par SO^4H^2 étendu, puis traitant la liqueur acide à chaud par H^2S et enfin saturant par la baryte. Les bases restent dissoutes.

son volume d'alcool absolu. Le précipité qui se dépose peu à peu est redissous dans l'eau bouillante et la liqueur, réduite à 50 cc., est additionnée de 4 cc. d'acide chlorhydrique d'un poids spécifique de 1,09; le tout est mis à digérer trois heures à 95°. Dans ces conditions, le glycogène passe tout entier à l'état de glycose, que l'on dose par le réactif cupropotassique grâce au procédé des touches au ferrocyanure (1).

La glycose se recherche, dans le bouillon, par les méthodes ordinaires.

M. *Ammoniaque et sels ammoniacaux*. — Après faible acidulation, le bouillon concentré au cinquième dans le vide à 45°, est placé sous une cloche de verre posée sur le mercure dans une large capsule, et au-dessus d'un vase à acide sulfurique décime titré. On fait un vide partiel dans la cloche en aspirant un peu d'air, et par un entonnoir à robinet on laisse couler dans le bouillon concentré un lait de chaux clair. Au bout de huit jours on titre de nouveau l'acide sulfurique. La différence des deux tirages donne l'ammoniaque totale.

N. *Sels solubles et insolubles*. — Ils ont étés dosés par les méthodes habituelles.

O. *Gaz*. — Ils étaient extraits en général chaque jour par la pompe à mercure. On y reviendra.

R. *Acidité*. — L'acidité a été prise, dans les extraits faits à froid ou à chaud, en se servant de phtaléine. On soustrayait, pour le calcul, la petite quantité de soude titrée nécessaire pour amener le virage du réactif dans un même volume d'eau distillée.

Q. *Acide lactique libre; lactates*. — L'acide lactique libre était directement extrait par l'éther du résidu du bouillon; celui des lactates était ensuite mis en liberté par un peu d'acide chlorhydrique, évaporation et extraction nouvelle par l'éther.

Dans une partie mise à part on cherchait qualitativement les lactates par la méthode d'Uffelmann (phénol et Fe^2Cl^6 très étendus, dont la couleur améthyste passe au jaune par une trace d'acide lactique).

Après avoir fait connaître nos méthodes et résumé nos résultats dans un tableau d'ensemble, il nous reste à en tirer les conclusions. C'est ce que nous ferons dans une prochaine communication.

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE

LES DEUX PHASES DE LA PERSISTANCE DES IMPRESSIONS LUMINEUSES (2)

Par M. AUG. CHARPENTIER.

Dans un mémoire que l'Académie a bien voulu récompenser, j'ai étudié, sous le nom de *persistance des impressions rétiniennes*, la phase pendant laquelle une excitation lumineuse, une fois produite, paraît se prolonger *en gardant la même intensité*. J'ai montré que cette phase de prolongation apparente de l'excitation a une durée qui varie en raison inverse de la racine carrée de l'intensité de la lumière excitatrice, et aussi en raison inverse de la racine carrée de la durée de cette lumière. Elle a varié, dans mes expériences, entre 0",007 et 0",360.

Mais cette première phase est suivie d'une autre pendant laquelle l'impression dure encore, tout en s'affaiblissant, jusqu'à finir par disparaître. Il conviendrait de désigner, sous le nom de *persistance totale*, le temps pendant lequel l'impression lumineuse reste perçue à un degré quelconque avant de s'évanouir (je néglige les images successives qui peuvent, dans certains cas, reparaître après la première).

Je me suis proposé de savoir si les influences, dont j'avais étudié l'action sur la première phase de la persistance, agissaient de la même façon sur la durée totale de cette dernière.

En ce qui concerne d'abord l'influence de l'intensité de la lumière excitatrice, je disposai sur un disque noir un secteur composé d'une série superposée d'anneaux de même grandeur angulaire, mais d'éclairement différent et variant dans le même sens du premier au dernier, en choisissant pour les former des papiers blancs et gris de plus en plus sombres. En faisant tourner uniformément le disque avec une vitesse convenable, on voit à chaque passage du secteur une série d'images superposées, d'étendue angulaire, toujours plus grande que celle du secteur lui-même, mais *variant dans le même sens que la clarté* de la partie correspondante de ce secteur.

J'ai ensuite remplacé le disque par un fond noir absolu (caisse tapissée de velours noir) en faisant tourner seulement le secteur à anneaux différemment clairs, afin d'éliminer la petite quantité de lumière que réfléchissait le disque.

J'ai aussi opéré avec un éclairage par transmission, en découpant dans un grand disque noir et opaque un secteur que je recouvrais de papiers translucides plus ou moins nombreux, suivant la distance au centre.

Dans tous les cas, même résultat : la persistance totale appréciable dure d'autant plus que l'éclairage est plus fort.

Il y a là un nouveau moyen de comparer l'intensité lumineuse des diverses couleurs. Si l'on fait agir sur l'œil deux couleurs de même durée, elles ne persisteront, pendant le même temps, que si elles sont également intenses. En les disposant l'une au-dessus de l'autre sur le même secteur, on peut facilement comparer la durée de leur persistance totale.

Seulement, je ne suis pas en mesure de donner, pour le moment, la loi quantitative qui règle cette durée.

En second lieu, j'ai étudié l'influence de la durée de l'excitation, en me bornant, toutefois, à des durées faibles ne dépassant pas quelques dixièmes de seconde; on sait (*loc. cit.*) que, dans ces conditions, une augmentation de durée agit sur le degré de la sensation comme une augmentation d'intensité; j'ai dit d'ailleurs plus haut que la durée a la même influence que l'intensité sur la phase constante du début de la persistance.

Dans le cas actuel, j'avais à présenter à l'œil des excitations lumineuses de même intensité, mais de durée inégale, et finissant toutes en même temps; par conséquent, le moment d'apparition des différentes lumières devait commencer d'autant plus tard qu'elles devaient durer moins longtemps.

(1) On ne doit pas comme on le fait généralement, compter comme glycogène la totalité du précipité que donne l'alcool absolu. La méthode de Brucke, même modifiée par Boehm, donne des résultats trop élevés.

(2) Académie des sciences 23 mai 1892.

Pour arriver à ce résultat, je disposai sur le disque rotatif un secteur blanc, divisé, suivant la hauteur, en trois ou quatre parties d'étendue angulaire variable, diminuant, par exemple, de la partie la plus centrale à la plus périphérique. Le bord terminal du secteur coïncidait avec un seul et même rayon du disque, tandis que le bord initial répondait, pour chaque partie, à un rayon différent. Lorsque le disque tournait, le passage de chacun des anneaux devant le regard commençait à des moments différents, mais finissait au même instant pour tous ; on pouvait aisément comparer la prolongation apparente de la partie terminale des diverses parties du secteur.

J'ai, du reste, modifié cette expérience comme la précédente, c'est-à-dire, soit en remplaçant le disque par un fond noir absolu, soit en opérant avec des secteurs translucides éclairés par derrière.

Or, chaque partie du secteur semble d'autant plus se prolonger que sa largeur est plus grande. Nous avons donc le même résultat que pour l'intensité lumineuse, c'est-à-dire que la persistance totale varie dans le même sens que la durée de l'excitation.

Comme cette durée, de même que l'intensité lumineuse, augmente la force de l'impression ou de la sensation, on peut dire, d'une façon générale, que la persistance totale est d'autant plus longue que l'impression ou la sensation est plus vive.

Or, nous avons vu précédemment que la première phase ou phase constante de la persistance varie justement dans le sens opposé.

Si de la persistance totale on retranche cette première phase, dans laquelle l'impression semble rester égale à elle-même, il reste pour la phase de décroissance de l'impression une loi facile à déduire de ces deux ordres de faits : c'est que l'expression décroît d'autant plus vite que l'excitation est moins grande.

Cette phase de décroissance de l'impression lumineuse s'observe très facilement par comparaison, à l'aide du secteur à anneaux multiples que j'ai employé.

Un dernier fait à signaler est la plus grande durée de la persistance totale des impressions au centre qu'à la périphérie de la rétine. Leur brièveté notable dans la vision indirecte explique la supériorité de cette dernière pour la perception des objets en mouvement.

REVUE DES JOURNAUX

Suite (1)

III. — Recherches expérimentales sur la vaccination artificielle contre l'infection cholérique, par le Dr G. Klemperer. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 32, p. 789.)

III. — Considérant comme peu pratique et non absolument sûr le procédé imaginé par Brieger (voir le numéro précédent) et qui consiste à obtenir des vaccins contre le choléra, en utilisant des extraits de thymus pour la culture du bacille virgule, M. G. Klemperer s'est donné pour tâche de rechercher si les mêmes résultats ne pourraient pas être obtenus en exposant simplement à des températures élevées, des cultures ordinaires du bacille cholérigène. Pour ces recherches, il a utilisé des cultures pures du bacille virgule, qui lui ont été fournies par l'Institut bactériologique de Berlin. Ces cultures, ensemencées dans différents milieux, ont donné des produits qui réalisaient, à de légères différences près, les caractères assignés par Koch à son bacille virgule. Leur toxicité était telle, que 1 cc., injecté dans le péritoine d'un cobaye, tuait l'animal à coup sûr, en l'espace de douze à vingt-quatre heures. Pour accroître encore cette toxicité, on a ajouté au bouillon donnant ces résultats une culture sur agar.

A. *Immunité conférée à l'aide de cultures exposées à des températures élevées, contre l'intoxication cholérique intra-péritonéale.*

a) Dans une première série d'expériences, on s'est servi, comme agent vaccinal, de cultures qui avaient été exposées pendant trois jours à une température de 40°,5. On injectait dans le péritoine d'un cobaye 1 cc. d'une pareille culture. L'animal ne présentait pas de troubles apparents. L'injection était répétée au bout de vingt-quatre heures. Puis on en faisait deux autres, chacune de la valeur de 1 1/2 cc., à vingt-quatre heures d'intervalle.

Le cinquième jour, les animaux qui avaient subi ce traitement préparatoire avaient de la somnolence pendant quelques heures, mais tous ont survécu, et tous ils ont supporté les injections intra-péritonéales consécutives d'une dose mortelle de culture du bacille virgule.

b) Dans une seconde série d'expériences on a utilisé comme agent vaccinal, des cultures âgées de un à huit jours et qu'on avait exposées pendant deux heures à une température de 70°. Pendant deux jours on injectait dans le péritoine d'un lapin 1 cc. d'une culture ainsi traitée, puis 1 1/2 cc. pendant deux autres jours. Le cinquième jour ils avaient acquis l'immunité vaccinale. A quelques autres cobayes on a injecté d'emblée 1 2/2 cc. de la culture atténuée. Deux jours plus tard ils résistaient à l'inoculation d'une dose mortelle du bacille virgule.

D'autre part, M. G. Klemperer croit avoir acquis la preuve que dès la dix-septième heure après l'injection intra-péritonéale de 2 1/2 cc. de culture atténuée, l'animal supporte l'inoculation subséquente d'une dose mortelle d'une culture du bacille virgule.

c) Dans une troisième série d'expériences on a utilisé pour le traitement préparatoire le sérum sanguin de lapins préalablement rendus réfractaires à l'intoxication cholérique. Quand on injectait à un lapin, dans une veine, 1 1/2 cc. de la culture virulente du bacille virgule, l'animal était pris d'une forte diarrhée ; sa température interne subissait un abaissement considérable, et la mort survenait dans le collapsus, le jour même ou le lendemain. Quand on injecte une dose plus faible l'animal résiste, et il est devenu réfractaire au poison cholérique. Le sérum sanguin d'un lapin rendu réfractaire de la sorte, injecté dans le péritoine d'un cobaye, communique à ce dernier l'immunité contre des doses mortelles d'une culture du bacille virgule. La dose de sérum, suffisante pour donner ce résultat, a été de 2 cc. chez un cobaye du poids de 400 gr. L'immunité était acquise lorsque le sérum vaccinal était injecté trois heures avant le moment de l'injection de la culture virulente.

M. G. Klemperer espère qu'en expérimentant sur des animaux de grande taille, on obtiendra des sérums possédant à un degré beaucoup plus élevé ce pouvoir vaccinal.

(1) Voir le numéro précédent.

B. Immunité conférée contre l'intoxication cholérique émanant du canal intestinal.

On sait que chez le cobaye on peut développer un état morbide analogue au choléra, en lui introduisant des bacilles virgules directement dans l'estomac, après neutralisation préalable du contenu de cet organe au moyen de la sonde, et administration préalable d'une certaine quantité d'opium, destinée à paralyser les mouvements péristaltiques de l'intestin. L'animal succombe au bout d'un délai qui varie de un à trois jours, après avoir présenté un ensemble de symptômes qui a été très bien décrit par Koch. A l'autopsie on trouve des lésions inflammatoires de la muqueuse intestinale et du péritoine. L'intestin est distendu par des matières qui contiennent un grand nombre de bacilles virgules. Bref, la maladie qu'on a développé, dans ces conditions présente une grande ressemblance avec le choléra de l'homme, tout en en différant par certains côtés.

Or les injections vaccinales, telles qu'elles ont été décrites plus haut, confèrent aux cobayes l'immunité contre cette intoxication cholérique, qui a pour porte d'entrée l'intestin. Seulement, pour obtenir ce résultat il faut injecter une plus grande quantité de matière vaccinale, c'est-à-dire 2 1/2 cc. (en injection intra-péritonéale) de la culture exposée préalablement à une température élevée, ou 2 fois 2 cc. de sérum emprunté à un lapin rendu préalablement réfractaire à l'intoxication cholérique, les deux injections étant faites dans le courant de la même journée.

C. Introduction de la substance vaccinale dans l'estomac.

Il est arrivé qu'en introduisant directement dans l'estomac d'un cobaye (qui avait subi le traitement préalable par la soude et l'opium) 4 cc. d'une culture du bacille cholérigène, l'animal survivait aux accidents consécutifs. Si ensuite, à quelques jours d'intervalle, on introduisait dans l'estomac de ce même cobaye une dose mortelle de la culture du bacille virgule, l'animal n'en était pas incommodé, tandis que des sujets de contrôle périssaient régulièrement.

Ce résultat expérimental concorde avec les observations faites chez l'homme, lesquelles nous apprennent qu'une première atteinte de choléra confère une véritable immunité, qui dure quatre ou cinq ans. Chez le cobaye, l'immunité se manifeste déjà le troisième jour après l'introduction dans l'estomac de 5 à 8 cc. d'une culture cholérigène préalablement exposée pendant deux heures à une température de 70°. Mais encore faut-il, comme condition indispensable, introduire dans l'estomac de l'animal 5 cc. d'une solution de soude, peu de temps avant de lui administrer *per os* la culture vaccinale ; l'injection concomitante d'une certaine quantité d'opium paraît être plus nuisible qu'utile à l'obtention de l'immunité.

D. Immunité obtenue au moyen de cultures électrisées.

Des recherches faites par M. G. Klemperer, en collaboration avec M. S. Krüger, lui ont fait découvrir un procédé qui permet d'obtenir l'atténuation des cultures virulentes du bacille virgule, en soumettant ces cultures, *d'une certaine façon*, à l'action du courant de pile. Le degré d'atténuation obtenue dans ces conditions, dépend à la fois de la densité du courant, de son intensité, de la durée d'application, en partie aussi de la direction. L'influence de ces différents facteurs n'est pas la même pour les différentes espèces de bactéries pathogènes. Pour ce qui concerne spécialement le bacille virgule, il s'est fait voir qu'un bouillon de culture de ce bacille, âgé d'un jour, est complètement stérilisé lorsqu'il a été exposé pendant vingt-quatre heures à l'action d'un courant constant d'une intensité de 20 milliampères. Ce bouillon est devenue apte à conférer l'immunité contre le choléra.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine, par M. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon. — Avec la collaboration, pour une partie de l'histologie et l'embryologie, de MM. G. Ferré et L. Vialleton. — Tome III, Ier fascicule : *Organes des sens*, avec 294 figures dans le texte, par G. Devy, dont 99 tirées en plusieurs couleurs.

Le nouveau fascicule de l'anatomie humaine que publie M. Testut, était attendu avec impatience par les nombreux lecteurs qui ont adopté ce bel ouvrage.

Leur attente n'aura pas été déçue, car les descriptions des organes des sens ne le cèdent en rien à celles du système nerveux, de la myologie, etc.

On retrouve toujours les mêmes qualités d'exposition, si précieuses dans une science aussi complexe que l'anatomie, la clarté, la concision qui n'excluent pas l'érudition. M. Testut ne craint pas, à l'occasion, de sortir du domaine qualifié de classique, pour faire une incursion dans l'anthropologie, et personne ne s'en plaindra.

L'étude précise des organes des sens se fait surtout à l'aide du microscope.

La structure de la peau, de la muqueuse linguale, olfactive, des parties constituantes de l'œil, de l'oreille interne, des terminaisons nerveuses, est un peu négligée généralement dans les livres d'anatomie descriptive. Pareil reproche ne peut être adressé au savant anatomiste de Lyon. L'histologiste n'a rien à retrancher, rien à ajouter dans ce fascicule véritablement complet.

Les figures extrêmement soignées, intercalées dans le texte, ont été multipliées en raison même de la difficulté et de l'aridité des descriptions.

L'élève a sous les yeux des images microscopiques d'une grande exactitude et qui doivent rester dans sa mémoire.

Aucun livre d'anatomie, croyons-nous, ne peut être comparé, au point de vue iconographique, au nouveau traité.

Les figures de la peau, de la rétine, de l'oreille interne tirées en couleurs, sont vraiment admirables.

Nous ne pouvons que féliciter à nouveau M. Testut et son éditeur, M. O. Doin, sur cette belle publication qui est appelée à rendre les plus grands services.

G. Variot.

Des procédés de restauration des apophyses geni, par M. Glorie. — Th. Paris.

La résection du maxillaire inférieur expose à divers accidents redoutables, les uns primitifs, l'hémorrhagie, la pénétration du sang dans les voies aériennes, le renversement de la langue en arrière, la difficulté de la chloroformisation ; les autres secondaires, l'absorption des matières septiques de la plaie et l'infection purulente, l'inanition prolongée des malades, la rétrocession tardive de la langue et l'asphyxie, les troubles

de la mastication, de l'élocution et la déformation de la partie inférienre de la face.

L'anteur, plus particuliérement frappé dans le cours de ses recherches par les précautions qu'il faut prendre chez certains malades, jusqu'à la cicatrisation presque compléte de la plaie, pour éviter les dangers de la rétrocession de la langue et la menace d'asphyxie lorsque les muscles insérés aux apophyses géni ont été sectionnés, étudie dans son travail le mécanisme de cette rétrocession, passe en revue les différents procédés employés pour empêcher cet accident.

Le renversement de la langue qui peut se produire immédiatement après la résection des apophyses géni ou plus tardivement, est un accident grave qu'il est indispensable de prévenir. L'arc métallique de Verneuil, surtout modifié et amélioré par M. Guermonprez, est le meilleur appareil de prothèse provisoire. Il s'oppose au renversement de la langue, empêche le rapprochement des deux moignons du maxillaire, soutient les lambeanx ramenés en avant aprés l'opération.

Cet, appareil d'une simplicité extrême et que tout chirurgien peut fabriquer s'il dispose de quelques centimètres de fil d'argent, doit être remplacé par un appareil de prothèse durable qnand la plaie opératoire est guérie et quand les parties molles ont pris leur forme définitive.

M. Glorie fait le plus grand éloge des modèles construits par M. Claude Martin, l'auxiliaire si précieux des chirurgiens lyonnais. « Ils ne laissent rien à désirer, nous dit-il, tant au point de vue de l'esthétique, qu'au point de vue de la valeur fonctionnelle, ils peuvent rendre de grands services et surtout combler une lacune, suivant laquelle la chirurgie demeure nécessairement impuissante.

Ch. Amat.

Entretiens chirurgicaux de l'hopital Saint-Jean pendant les années 1886 a 1890, par M. J. Thiriar, profes seur à l'Université. A. Manceaux, libraire éditeur, Bruxelles.

Sous le titre par trop modeste d'entretiens chirurgicaux, M. Thiriar nons donne une série de bonnes leçons cliniques. Elles traitent de l'enchondrome du maxillaire inférienr, de l'hystérectomie vaginale, de quelques affections chirurgicales des honrses, dn traitement des fractures de cuisse par l'appareil du prof. Deroubaix, du traitement des plaies des arcades palmaires, du genu valgum et de son traitement par l'ostéotomie, du pied-bot équin et de la tarsectomie postérieure, des corps étrangers de la vessie, de la rnpture du canal de l'uréthre et de l'urétrorraphie, des tumeurs fantômes de l'abdomen, de l'empyème guéri par les ponctions évacuatrices, de l'hystéropexie contre le prolapsus utérin, de qnelques épisodes chirurgicaux, de la catastrophe de Grœnendæl et de quelques autres accidents de chemin de fer, de la cystocèle inguinale rencontrée pendant une opération de cure radicale de hernie, de l'anus contre nature accidentel et de son traitement.

Au profit qni résulte de la lecture de ces entretiens, on apprécie les avantages que doivent retirer les habitués de l'hôpital Saint-Jean, les fidèles disciples du maitre. Clarté d'exposition, méthode, voilà tout d'abord ce qui caractérise ces leçons cliniques. Et il faudrait parler du soin minntieux que le professeur met à éclairer les assistants sur l'histoire de la maladie, à justifier l'intervention. Dépourvues du masque de prétention savante bien que d'accord en tons points avec les progrès de la science contemporaine, M. Thiriar a reproduit les conversations familières qn'il avait tenues au lit des malades, non à l'adresse des chirurgiens expérimentés et instruits, mais pour les élèves, pour les jennes médecins pour qni tout est nonveau, ponr les « nombrenx praticiens très occupés qui n'ont pas toujours le temps de recourir à leurs livres classiques et qui seront pent-être bien aises d'avoir parfois sous la main un guide modeste, dit-il, qni leur montrera la voie à suivre dans certains cas de chirurgie pouvant les embarrasser ».

Un accueil favorable ne peut qu'être réservé à un si excellent livre.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'incontinence nocturne d'nrine chez les enfants.

M. Saint-Philippe administre 5 gouttes matin et soir de teinture de « rhus radicans » chez les enfants au-dessous de 6 ans; au-dessus de cet âge, il a pu en donner jusqn'à 40 gouttes.

La teinture recommandée est ainsi composée :

Feuilles sèches de rhus radicans. 1 partie
Alcool à 21° (Corlieu).......... 5 —

Faire macérer quinze jours.

Le médicament agit ordinairement assez vite; si au bout de trois septénaires il n'a amené aucune amélioration, il est inntile de le continuer. En cas de guérison, il faut de temps à autre revenir à son emploi.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 30, 24 juillet 1892.)

BULLETIN

DE LA MORBIDITÉ DES TROUPES COLONIALES.

A propos d'une communication de M. Bérenger-Féraud, M. Lagneau a soulevé à l'Académie de médecine une question extrêmement importante en ce qu'elle intéresse la morbidité et la mortalité de nos troupes coloniales. On sait quel lourd tribnt payent ces troupes aux diverses affections qui sévissent dans les colonies. Ainsi que le fait remarqner M. Lagneau, il existe nne loi, datant de 1854, exigeant les statistiques de la mortalité des troupes coloniales. Or, ces statistiques manquent dès qu'il s'agit de régions éloignées comme le Tonkin, l'Annam, le Sénégal.

C'est précisément, continne M. Lagneau, pour ces pays que de pareilles statistiques sont utiles. Quand on pense qne la mortalité de nos troupes coloniales est de 44 pour 1000, au lieu de 7 pour 1000 comme en Europe, quand on songe que dans certaines expéditions, au Sénégal, par exemple, on a vu en quelques mois mourir plus du quart de l'effectif (dans une de ces expéditions, on a pn constater, en deux, mois jusqu'à 26 décès, dans le corps de santé seulement), on comprend l'utilité qn'il y a pour le pays à connaître de pareils faits Le Parlement, renseigné exactement, n'hésitera plus à faire le nécessaire pour éviter un pareil état de choses, et, dans les grandes expéditions coloniales, au lieu de procéder comme on le fait aujourd'hui en faisant de grands sacrifices d'hommes, on en arrivera peut-être à préférer les grands sacrifices d'argent.

On finira peut-être par comprendre que dans un pays comme le nôtre, où la population tend à décroître de jour en jour, on ne doit pas hésiter un seul instant devant les dépenses qui peuvent sauver des vies humaines. Voyez ce qu'ont fait les Anglais dans leurs expéditions en Abyssinie et contre les Achantis, ils n'ont reculé devant aucun sacrifice pécuniaire et la mortalité de leur troupe a été réduite à un chiffre insignifiant. Il est grand temps que nous imitions la conduite de nos voisins sous ce rapport. Le bénéfice immense que nous en retirerons en vant bien la peine. »

A ces paroles, M. Béranger-Féraud en a ajouté quelques autres qu'on peut, croyons-nous, rapporter sans y faire de commentaires.

« Je dirais donc que je partage complètement l'opinion de M. Lagneau en ce qui concerne l'application de la loi relative à la publication des statistiques de la morbidité et de la mortalité dans les troupes de la marine envoyées aux colonies.

Le chiffre des morts et des malades est, en effet, considérable dans certaines expéditions, au Sénégal en particulier.

Tel poste, comme Bakel au début de sa formation, perdait normalement le quart de son effectif tous les ans. Il faut dire que lorsque les Anglais occupaient le même poste en 1868, la situation était plus grave encore, puisque l'on était obligé chaque année de renouveler deux fois la garnison tant la mortalité était grande.

Quand j'étais jeune médecin, vers l'âge de 20 ans, j'ai fait partie de l'expédition du Grand-Bassam ; or, voici ce que j'ai vu : sur 647 hommes j'en ai vu 648 qui sont venus s'aliter dans mes ambulances, quelques-uns étant obligés d'y venir deux fois ; si l'on considère le nombre des hommes tombés malades, il est de 527. Il n'y a donc eu que 120 hommes qui n'ont pas été malades. Comme le commandant avait besoin d'hommes pour faire le coup de feu, je me suis vu dans la nécessité de ne garder comme malades que ceux qui étaient dans la période algide de leur fièvre. Dès que le stade de chaleur apparaissait je les renvoyais pour se battre à côté de leurs camarades.

Sur quatre médecins que nous étions, je fus le seul qui sois resté.

Encore une preuve de la gravité de la situation sanitaire dans ce cas : jeune médecin de 20 ans, après dix mois de service, je fus proposé par le commandant de l'expédition pour la décoration ! Je n'ai pas besoin d'ajouter que pareil fait est bien rare et que la proposition vise alors plus les difficultés de la fonction que l'homme lui-même.

En ce qui concerne la mortalité, il faut distinguer : si l'on envisage la durée de campagne elle-même, la mortalité a été faible, nous avons perdu 16 hommes, chiffre relativement peu élevé, et la publication de ce chiffre a pu faire penser que, dans cette campagne, il y a eu beaucoup de malades mais peu de morts. Seulement, il faut envisager ce qui s'est produit dans les cinq ou six mois qui ont suivi le rembarquement des troupes :

La plupart des hommes étaient dans un état de délabrement excessif, et, pendant la traversée, on dut jeter quatre-vingt-deux cadavres à la mer.

Il est certain que si, comme le désire M. Lagneau, de pareils faits étaient connus, ainsi que l'exige la loi de 1854, le pays n'hésiterait pas à faire les sacrifices nécessaires pour remédier à cet état de choses, dans la mesure du possible tout au moins.

Cette publication, d'ailleurs, elle est faite par le ministère de la guerre, mais cela résulte de ce que nos confrères de l'armée ont fini par être les maîtres dans leur service, ce qui a eu les meilleurs résultats, non seulement au point de vue de leur situation personnelle, mais encore et surtout au point de vue du bien-être de leurs malades. »

INDEX DE THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES GASTRO-ENTÉRITES ESTIVALES

Par M. POL VERNON.

On a récemment signalé, sur divers points, des épidémies partielles de choléra nostras, survenues avec on sans période prémonitoire, mais avec toute la toxicité des entérites les plus graves. Il est probable que l'ingestion d'aliments et de boissons altérées doit jouer un grand rôle, au cours des étés chauds et secs, sur l'augmentation de virulence de bactéries communes et banales, incapables, à l'état normal, de sécréter des poisons chimiques aussi foudroyants.

Le meilleur traitement de cette affection saisonnière consiste dans l'administration à doses fractionnées *de l'eau naturelle d'Hunyadi-Janos*, plutôt comme modificatrice sécrétoire que comme purgative véritable. *Hunyadi-Janos* augmente la sécrétion gastrique, dissout les mucus, neutralise les hyperacidités, régularise et fluidifie les sécrétions biliaire et pancréatique : tels sont ses effets primitifs sur le tube digestif de l'homme sain ou malade. Secondairement, les oxydations organiques se trouvent augmentées et le sang allégé des produits résiduels de combustions incomplètes.

Quant à l'action antiseptique et anti microbienne, il est facile de s'en convaincre, en constatant la *disparition complète des bacilles*, dès la deuxième ou troisième selle.

NOTES ET INFORMATIONS

Un gouvernement qui ne plaisante pas.

On écrit de Saint-Pétersbourg au *Gaulois* : Le général Baranow, gouverneur de Nijni-Novgorod, a été investi des pleins pouvoirs pour empêcher la diffusion du choléra et pour combattre les préjugés du peuple qui sont un sérieux obstacle à l'œuvre des médecins.

Ayant appris qu'un marchand de la foire qui se tient actuellement à Nijni avait dit que le choléra était une invention du gouvernement et des médecins, il l'a condamné à servir pendant tout un mois dans l'hôpital des cholériques, pour se convaincre que le choléra existe et que l'on peut en mourir.

Il a lancé, en même temps, une proclamation disant que, obéissant aux ordres du Tsar, il allait se dévouer entièrement comme un père pour ses enfants afin d'éloigner d'eux le terrible fléau, mais que s'il voyait se renouveler à Nidji les actes brutaux qui s'étaient produits ailleurs contre les autorités et les médecins, il ferait pendre les meneurs impitoyablement.

Ces mesures énergiques ont produit un effet salutaire.

(*Le Progrès médical*, 9 juillet 1892.)

Inspection médicale des écoles de la ville de Paris.

Par arrêté, en date du 11 juillet, il est institué une Commission chargée d'étudier la réorganisation du service de l'inspection médicale des écoles de la Ville de Paris.

Cette Commission sera constituée ainsi qu'il suit :

Le préfet de la Seine, président; MM. Levraud, membre du Conseil municipal, vice-président; Pierre Baudin, Blondel, Dubois, Gaufrès, Ch. Longuet, Prudent Dervillers, Stupuy, Vaillant, conseillers municipaux; Carriot, directeur de l'enseignement primaire; Menant, directeur des affaires municipales; Vavasseur, maire du IIe arrondissement; Duval, adjoint au maire du XIe arrondissement; Vaquez, adjoint au maire du XVIe arrondissement; Auvert, inspecteur de l'enseignement primaire; Gaillard, inspecteur de l'enseignement primaire; Vincent, inspecteur de l'enseignement primaire; Mangenot, médecin-inspecteur des écoles, président honoraire de la Société des médecins-inspecteurs; Martin, docteur en médecine, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, secrétaire général du Conseil supérieur de l'Assistance publique, chargé du cours d'enseignement de l'hygiène à l'Hôtel-de-Ville; Blayac, médecin-inspecteur des écoles; Brochin, ancien médecin-inspecteur du personnel des écoles; Chevallereau, directeur du journal *la France médicale*; Régimbeau, inspecteur principal des écoles (contrôle des dépenses); MMmes Schéfer, inspectrice des écoles (contrôle des dépenses); Berecka, inspectrice départementale des écoles maternelles; MM. May, chef du bureau central de la Direction de l'enseignement; Leroux, chef du 2e bureau (personnel) de la Direction de l'enseignement; Fleuriot, directeur d'école communale, membre du Conseil départemental; Dangueuger, directeur d'école communale, secrétaire.

NOUVELLES

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Lyon. — MM. Perret et Beauvisage, agrégés, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1892.

M. Augagneur, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie externe.

M. Gandolphe, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de médecine opératoire.

M. A. Pollosson, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire d'accouchements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Rauzier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de pathologie interne.

MM. Serre et Baumel, agrégés, sont maintenus en exercice pour l'année scolaire 1892-1893.

M. Sarda, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Rémond, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de maladies mentales.

M. Herrmann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Toulouse, à partir du 1er novembre 1892.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Vuillemin, chef des travaux, est chargé, pour l'année scolaire 1892-1893, d'un cours d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Lille. — M. Morelle est nommé professeur de matière médicale à partir du 1er novembre 1892.

M. Doumer, agrégé, est nommé professeur de physique à la Faculté de médecine de Lille, à partir du 1er novembre 1892.

École de médecine d'Amiens. — M. Pajot, pharmacien de 1re classe est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

École de médecine de Rennes. — M. Crié, pharmacien de 1re classe est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Corps de santé de la marine.

Au grade de directeur du service de santé. — M. Merlin, médecin en chef, en remplacement de M. Béranger-Féraud, mis à la retraite.

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins principaux Hyades, Vincent, Ronssel.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de 1re classe Cantellauve, Maget, Le Texier, Léo, Miquel, Coquiard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de 2e classe Crozat, Le Denmat, Durand, Layet, Branelle, Vinas.

Corps de santé des colonies.

Par décret, en date du 6 août 1892, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gentilhomme, médecin de première classe des colonies.

Au grade de médecin de première classe. — M. Grall, médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bernard, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 7 AU 13 AOUT 1892

Fièvre typhoïde, 21. — Variole, e. — Rougeole, 17. — Scarlatine 4. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 23. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 160. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale, 16. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 4. — Total 957.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA TRANSFUSION NERVEUSE CHEZ LES ALIÉNÉS.

Par le Dr A. Cullerre,
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

La nouvelle méthode thérapeutique introduite dans la science il y a quelques années par le professeur Brown-Séquard présente un intérêt tout particulier pour les médecins aliénistes. Si, en effet, les résultats obtenus par le savant physiologiste à l'aide d'injections de liquide testiculaire ne sont pas illusoires, si, en outre, c'est bien sur le système nerveux et spécialement sur le centre cérébro-rachidien que se porte l'action tonique de ce nouveau médicament, la folie doit offrir un vaste champ d'expériences ouvert à la nouvelle méthode.

L'anémie, la neurasthénie, la faiblesse irritable ne constituent-elles pas le fond d'un nombre considérable d'états psychopathiques contre lesquels la médication tonique habituelle se montre souvent impuissante?

Quelque hypothétiques que parussent les résultats annoncés, j'éprouvai tout d'abord le vif désir de les contrôler sur quelques-uns des malades confiés à mes soins, et dès 1890 je commençai, principalement chez des hystériques, des injections de suc testiculaire. Les effets névrosthéniques produits chez deux malades, un jeune homme et une jeune fille, furent réels, au point qu'après leur sortie de l'établissement ils vinrent à diverses reprises me supplier de continuer le traitement bien qu'il fût douloureux et qu'il occasionnât pendant environ deux jours une gêne notable et un gonflement de la partie injectée. J'employais le suc du testicule de lapin obtenu par le broiement de la glande en présence d'une petite quantité d'eau bouillie; ce liquide simplement filtré était injecté séance tenante.

Mais bientôt je renonçai à poursuivre mes expériences, tant à cause de cette technique grossière, qui n'était pas exempte de dangers, que devant l'impossibilité de me procurer, en quantité suffisante, la substance médicamenteuse elle-même.

Le mémoire du Dr Constantin Paul, sur le traitement de la neurasthénie par la *transfusion nerveuse*, paru au commencement de cette année (1), vint appeler de nouveau mon attention sur la méthode inaugurée par l'éminent professeur du Collège de France.

Le procédé employé par M. C. Paul était perfectionné, inoffensif, presque indolore; la substance employée, le tissu nerveux, était facile à se procurer; les résultats obtenus par lui étaient des plus encourageants; il n'en fallait pas plus pour m'exciter à reprendre, d'après la technique nouvelle, mes expériences interrompues, et ce sont ces expériences dont je désire présenter un compte rendu sommaire.

Pour la préparation du liquide, je prends suivant les indications de M. C. Paul, mais en modifiant les proportions indiquées par lui afin de n'avoir pas à faire des injections d'un trop fort volume, de la substance grise de cerveau de mouton récemment tué; je la fais macérer pendant vingt-quatre heures dans deux fois son poids de glycérine pure et j'ajoute ensuite une quantité égale d'eau bouillie, ce qui, après filtration, donne une préparation au cinquième.

La préparation est renouvelée chaque semaine. Faite avec toutes les précautions aseptiques, elle est filtrée au papier, jusqu'à ce que le liquide soit obtenu clair, limpide et incolore.

Je me hâte de répondre au reproche qu'on peut me faire, de n'avoir pas employé le mode de filtration préconisé par M. d'Arsonval, qui seul peut donner une sécurité absolue : depuis six mois, j'ai fait plus de *cinq cents injections* d'extrait de substance nerveuse, sans accident d'aucun genre.

Les injections, invariablement fixées à 4 grammes de liquide, sont faites tous les deux jours, au niveau des flancs, ou en arrière, dans la région dorso-lombaire. La région choisie est préalablement lavée à l'eau phéniquée forte; la seringue et l'aiguille sont également soigneusement désinfectées avant chaque opération.

Le liquide, après l'injection, forme sous la peau une petite tumeur de la grosseur d'une noix qui disparaît en quelques heures, au point que le lendemain il est presque impossible de retrouver l'endroit précis de la piqûre. Dans quelques cas exceptionnels, la résorption a été moins rapide et une légère induration a persisté pendant quelques jours.

Quatorze aliénés appartenant aux formes mentales les

(1) C. Paul. *Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse*, 1892.

plus diverses ont été, depuis le 25 février 1892, soumis par moi à la transfusion nerveuse, avec l'assistance intelligente et dévouée de mon interne M. Gagnerot, sans lequel il m'eût été impossible de poursuivre jusqu'au bout une pareille entreprise. La plupart ont retiré de ce traitement des avantages inespérés, mais à mon grand désappointement, les bons effets obtenus ont été à peu près exclusivement physiques; l'état mental, même dans les cas curables, n'a subi que des modifications partielles et tout à fait passagères.

L'exposé rapide des observations permettra d'ailleurs de se rendre un compte exact des résultats obtenus.

Obs. I. — La nommée G..., 49 ans, arrivée à la ménopause, est tombée peu à peu sous l'influence de chagrins domestiques favorisés par une prédisposition héréditaire, dans la mélancolie aiguë : délire d'humilité, de ruine, de culpabilité imaginaires; elle croit qu'on va la guillotiner, que sa famille est condamnée, que ses parents sont tous destinés à périr.

Elle est admise en octobre 1891. Après une période d'agitation panophobique intense, la malade tombe dans une demi-stupeur avec état anxieux permanent; amaigrissement considérable, teinte terreuse des téguments, refus partiel d'aliments, diarrhée fréquente, cachexie commençante.

25 février 1892. Première injection de lymphe nerveuse à la dose de 4 grammes. Poids 47 kilogrammes. Les injections sont continuées tous les deux jours. Dès la 3e ou la 4e injection, la malade commence à manger de bon appétit sans se faire prier.

4 avril. Elle pèse 49 kilogr. L'embonpoint est manifeste; elle mange démesnrément et avec un appétit formidable, tout en continuant à gémir et à conserver son attitude de statue.

11 mai. Suppression du traitement; elle pèse 53 kilogr. Elle continue à manger considérablement; l'état mental est toujours caractérisé par de l'anxiété mélancolique, des gémissements et une demi-stupeur.

1er août. Persistance de l'amélioration physique; aucun changement dans l'état mental.

L'action du traitement dans le cas précédent peut se résumer ainsi: rétablissement complet de la santé physique; effet nul sur l'état mental qui rentre cependant dans la catégorie des cas curables.

Notons au passage le réveil intense des fonctions nutritives chez cette malade. C'est le résultat le plus constant de la transfusion nerveuse. Nous le retrouverons chez presque tous les malades traités.

Obs. II. — Séraphine R..., 25 ans, est admise à l'asile en décembre 1891. Ses parents étaient faibles d'esprit; sa mère ivrogne, excentrique, est morte en démence. Elle est atteinte de manie religieuse avec agitation, érotisme, désordre des actes, loquacité incohérente. Au bout d'nn mois elle tombe dans une sorte d'hébétude avec apathie, lenteur des idées; incapacité de penser, de se livrer à ancune occupation. Idées de donte et de scrupule; elle refuse les aliments. Profondément amaigrie, anémique, avec anorexie et état saburral des premières voies. Aménorrhée.

25 février. On commence la transfusion nervense à la dose de 4 grammes et on continue régulièrement tous les deux jours. Elle pèse 48 kilogrammes.

An bout de quelques jonrs, l'appétit se développe, la malade mange seule. Le jour de l'injection, l'hébétude est beancoup moindre, elle parle, s'occnpe; mais cette amélioration mentale ne persiste pas au delà de quelques heures.

4 avril. La malade pèse 50 kilogrammes; son état physique s'améliore; elle prend de l'embonpoint, son teint se colore; mais l'état mental reste stationnaire. Les règles sont devenues régulières.

11 mai. Suppression du traitement, santé physique parfaite; l'état mental n'a pas été sensiblement modifié. La malade n'a pas été pesée à ce moment.

1er août. Persistance de l'amélioration physique, l'hébétude et l'apathie intellectuelles n'ont subi aucune modification.

Mêmes résultats que dans l'observation précédente; l'état mental, quoique pouvant, à priori, être mis au rang des cas curables, n'est modifié que d'une façon éphémère, tandis que la santé physique se rétablit complètement.

Obs. III. — J..., 46 ans, ancien militaire, est atteint depuis de nombrenses années d'une bronchite chronique qui passe tous les hivers à l'état subaigu et nécessite un traitement actif et le séjour au lit. En décembre 1891, l'affection s'aggrave d'une façon inquiétante et se complique d'un délire panophobique avec hallncinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue. Le médecin traitant diagnostique une méningite et fait transporter le malade à l'hôpital. Le lendemain, dans son délire, J... se précipite par une fenêtre du premier étage et ne se fait dans sa chute que quelques contusions. On l'amène à l'asile le 15 janvier 1894.

J... est émacié, cachectique, atteint de diarrhée. La peau qui recouvre les saillies osseuses menace de s'escharifier. Bronchite chronique avec induration tubercnleuse des deux sommets. Délire incohérent, de nature mélancolique, idées hypochondriaqnes; se croit ponrsuivi par des ennemis et cherche à quitter son lit, mais en est empêché par sa faiblesse. État fébrile rémittent; refus presque complet d'aliments, cachexie avancée.

4 mars. Première injection de liquide cérébral.

8 mars. Troisième injection. L'appétit se développe subitement et avec énergie.

14 mars. Amélioration physique évidente, retour des forces, il se lève; la diarrhée est suspendue. Le malade continue à délirer et à présenter une grande confusion des idées. On peut le peser et on note 52 kilogrammes.

4 avril. Poids 54 kilogrammes. Le malade est sur pied, la bronchite est entrée dans une période de rémission. La respiration est moins rude aux sommets. Il délire tonjours.

29 mai. L'état physique est excellent; le malade a quitté l'infirmerie. Il continne à se nourrir abondamment, mais délire avec la même intensité.

27 juillet. Retiré par sa famille. Sa santé physique continue à être satisfaisante, mais il est toujours halluciné et en butte à des persécutions imaginaires.

Il s'agit dans le cas précédent, d'une véritable résurrection. Tous ceux qui ont connu ce malade, et moi tout le premier, ont été stupéfaits du résultat. Notons l'amélioration de la tuberculose; le même effet se produira dans l'observation VII, d'où il semble résulter que la transfusion nerveuse peut être essayée avec chances de succès dans cette maladie.

Obs. IV. — M..., 57 ans, alcoolique, a été pris cet hiver, à la suite de l'influenza, de mélancolie sénile avec délire panophobique et hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue; peu à peu il tombe dans un marasme profond et est admis à l'asile en avril 1892.

Ce malade est apporté sur un brancard, tant il est affaibli, émacié, gâteux ; atteint de diarrhée, il ne prend que des liquides. Hébétude intellectuelle profonde, impossible de lui arracher une parole.

14 mai. On commence la transfusion nerveuse et l'on continue les injections tous les deux jours.

25 mai. Amélioration rapide de l'état physique. Le malade mange avec un appétit féroce et gémit continuellement en réclamant du pain. En fait, il ne cesse pour ainsi dire de manger du matin au soir.

22 juin. Le malade est depuis longtemps sur pied. Il a pris un embonpoint rapide et considérable, il mange avec un appétit démesuré ; en même temps l'état mélancolique s'est réveillé: il est devenu gémisseur.

1er août. Maintien complet de l'excellent état physique. L'état mélancolique est le même ; le malade doit être considéré comme un dément gémisseur.

Comme dans l'observation précédente, la transfusion nerveuse réveille avec énergie les fonctions nutritives et arrache littéralement à la mort un individu tombé dans ce qu'on appelle le *marasme nerveux*, faute d'une expression meilleure. Quant à l'état mental, il ne subit aucune modification favorable ; au contraire, le retour des forces semble s'accompagner d'un réveil du délire mélancolique qui recommence à se manifester sous une forme subaiguë.

Obs. V. — M..., 31 ans, héréditaire, alcoolique a été admis à l'asile en mai 1888, pour un délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale.

Dans les premiers mois de l'année 1891, il subit successivement deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. En octobre 1891, il est pris d'une endocardite aiguë. Depuis M... est demeuré cachectique et n'a pas quitté l'infirmerie: d'une pâleur terreuse, très émacié, profondément anémique, il est en outre atteint d'anorexie et se nourrit à peine. Les reconstituants habituels n'ont fait preuve d'aucune efficacité réelle.

5 mai. On commence la transfusion nerveuse comme chez les précédents malades. Poids 52 kilogrammes.

5 juillet. La santé physique s'est progressivement améliorée. Le malade mange bien, a pris un léger embonpoint. Poids 55 kil. 1/2. Suppression du traitement.

1er août, Il a quitté l'infirmerie depuis quelque temps déjà et travaille dans l'établissement à son métier de plâtrier, ce qu'il n'avait pas fait depuis dix-huit mois. L'état mental n'a subi aucune modification et le délire de persécution persiste avec les mêmes caractères.

Obs. VI. — P..., atteint depuis de longues années de démence alcoolique, est pris en avril dernier d'une entérite aiguë avec érythème pseudo-pellagreux des mains et de la face. A la suite, amaigrissement profond, cachexie hydrémique révélée par l'œdème des parties déclives et des paupières.

9 mai. Transfusion nerveuse *ut suprà*.

26 juillet. L'état physique de ce malade s'est notablement amélioré, bien que les pesées n'accusent qu'une augmentation peu considérable (1 kilogramme) du poids du corps. L'appétit s'est développé, l'habitus cachectique a disparu, les forces sont revenues. L'agitation maniaque recommence à se manifester comme avant l'entérite.

Le traitement continue.

Obs. VII. — B..., admis en mai 1890, est atteint de folie intermittente de forme maniaque à courts accès. Il ne se passe pas de mois qu'il n'entre pour dix ou quinze jours en agitation avec désordre des idées et des actes.

En avril dernier ce malade est pris de pleurésie gauche sous l'influence d'une poussée tuberculeuse. Le traitement par les vésicatoires n'ayant produit aucun résultat, on fait à huit jours d'intervalle deux ponctions aspiratrices donnant issue chaque fois à un litre environ d'un liquide citrin, légèrement verdâtre. Le liquide ne se reproduit que partiellement, mais l'état général continue à s'aggraver. Râles humides aux sommets, état fébrile sub-continu, émaciation progressive, faiblesse extrême, anorexie absolue.

6 juin. On commence la transfusion nerveuse *ut suprà*.

10 juin. L'appétit se développe d'une façon presque soudaine.

16 juin. Les forces reviennent, le malade commence à se lever. Poids 61 kilogrammes.

26 juillet. Le malade est sur pied ; la pleurésie est guérie ; l'état des sommets s'est amélioré. Appétit superbe. Poids : 65 kilogrammes.

Le traitement continue. Pas d'accès maniaque depuis plusieurs mois, mais cette rémission dans la maladie mentale ne saurait être imputée à la transfusion nerveuse.

Voilà un second tuberculeux remis sur pied par la transfusion nerveuse. L'effet a été sûr et remarquablement rapide. On peut dire qu'aucune autre médication n'eût produit un pareil résultat.

Obs. VIII. — G..., 49 ans, admise en juillet 1887, est atteinte depuis de longues années de délire de persécution avec hallucinations intenses de l'ouïe. Sous l'influence d'une agitation prolongée et des désordres causés par la ménopause, cette malade tombe peu à peu dans un état physique des plus précaires. Amaigrissement progressif, facies ravagé et souffreteux, névralgies utérines continuelles arrachant des cris à la malade, refus d'aliments entretenu par des idées d'empoisonnement.

31 mai. Transfusion nerveuse comme chez les malades précédents. L'indocilité de la malade ne permet pas de procéder à des pesées régulières.

Au bout de quelques jours son aspect s'améliore; elle mange mieux ; l'appétit est toujours excellent le jour de l'injection. Les crises névralgiques s'atténuent.

25 juillet. L'aspect est beaucoup meilleur; les névralgies utérines ont disparu, l'appétit est bon et régulier; un retour de l'embonpoint commence à se dessiner. En un mot, l'amélioration est très marquée, mais on doit pouvoir obtenir davantage ; aussi le traitement est-il continué.

L'état mental est demeuré absolument invariable et la malade est toujours le jouet d'hallucinations intenses et des mêmes idées de persécution.

Tels sont les cas dans lesquels la transfusion nerveuse a produit des résultats thérapeutiques manifestes et durables, au moins pour les premiers malades traités.

Dans trois autres cas de mélancolie, j'ai pu obtenir, par les injections de substance nerveuse, le retour de l'appétit et conjurer ainsi les effets fâcheux du refus d'aliments dans lequel persistaient ces malades, mais il me semble inutile de rapporter au long leurs observations, parce que, d'une part, leur état mental n'a subi, sous l'influence de ce traitement, de modification d'aucun genre et que, de l'autre, ces malades n'étaient pas sensiblement affaiblis au moment où a été inaugurée la transfusion nerveuse.

Dans un quatrième cas de mélancolie grave chez un vieillard, j'ai pu, tout d'abord, par le même moyen, ramener l'appétit et améliorer l'état physique; mais le délire s'étant subitement développé sous une forme aiguë, les injections ont perdu toute efficacité et le malade a fini par succomber à une congestion pulmonaire, après avoir refusé avec persistance les aliments et nécessité l'emploi de la sonde œsophagienne.

Dans un cas de cachexie hydrémique de date ancienne, les injections de substance nerveuse ne m'avaient, au bout de trois mois, donné aucun résultat, et j'ai dû y renoncer.

Enfin, l'échec n'a pas été moins complet chez un maniaque intermittent atteint de cancer du pylore. Le malade a succombé ultérieurement aux progrès de la cachexie cancéreuse.

En somme, les effets ont été bons dans huit cas, partiels dans quatre cas et nuls dans deux cas seulement. Jamais médication tonique et reconstituante ne m'a donné de pareils résultats.

En manière de conclusion à cette courte note, je crois pouvoir formuler les propositions suivantes :

1° La transfusion nerveuse (j'engage, ce que je n'ai pu faire, à employer le procédé d'Arsonval pour assurer la stérilisation du liquide) est bien tolérée chez les aliénés affaiblis, même tuberculeux, et réveille presque instantanément les fonctions nutritives;

2° Le premier signe de ce réveil est un appétit considérable au point que certains malades ne peuvent se rassasier. Cette particularité peut être précieuse en aliénation mentale pour combattre, dans certains cas, la sitiophobie, et j'ai pu l'utiliser avec succès chez plusieurs malades qui refusaient systématiquement la nourriture;

3° Les effets reconstituants sont rapides; l'impotence musculaire disparaît, l'embonpoint se développe et toutes les fonctions organiques se régularisent;

4° L'état psychopathique, dans les cas curables, a été parfois amélioré transitoirement, dans les heures qui suivaient immédiatement l'injection, mais cet effet n'a jamais persisté et aucune amélioration durable n'a été obtenue. Toutefois, je ne considère pas cette conclusion comme définitive, la majeure partie des cas traités n'étant pas d'un pronostic favorable. Il est de règle, en effet, dans les cas de folie curable, que quand la nutrition commence à se rétablir, l'état mental commence lui-même à se modifier d'une façon parallèle.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

EFFETS DE LA THYROÏDECTOMIE CHEZ NOS ANIMAUX DOMESTIQUES (1).

Par M. G. Moussu,
Chef des travaux de clinique à Alfort.

L'étude des fonctions du corps thyroïde a été, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses recherches, et si la question n'a pas encore reçu de solution définitive, il n'en faut pas moins reconnaître que d'importants résultats ont été enregistrés.

Récemment, M. Gley semblait avoir fait les premiers pas dans une voie nouvelle, en annonçant, à l'encontre de beaucoup d'autres expérimentateurs, que la thyroïdectomie pratiquée selon sa méthode (thyroïdectomie complète) était presque fatalement mortelle chez le lapin. Ses recherches sur les glandes thyroïdes accessoires (parathyroïdes de Sandström) l'avaient poussé à faire chez le lapin trois séries d'expériences.

1re Série. — *Thyroïdectomies simples* (extirpation des corps thyroïdes seuls). Résultats toujours négatifs.

2e Série. — *Thyroïdectomies partielles* (extirpation des glandes accessoires seules.) Résultats encore négatifs.

3e Série. — *Thyroïdectomies complètes* (extirpation simultanée des glandes accessoires et des corps thyroïdes). Résultats positifs dans presque tous les cas; les animaux mourraient avec des accidents comparables à ceux observés chez les carnassiers thyroïdectomisés.

Ces faits d'expérimentation semblaient de la plus haute importance, et si jusqu'ici l'on n'avait jamais observé d'accidents chez le lapin à la suite de la thyroïdectomie, cela tenait à ce que l'on n'avait fait que des ablations partielles. De là à généraliser il n'y avait qu'un pas, et il a été franchi, car l'auteur était parfaitement en droit de se demander si l'on n'obtiendrait pas des résultats semblables chez les autres animaux, en pratiquant des *thyroïdectomies complètes*.

C'est du moins l'idée dominante qui se dégage du travail de M. Gley, et elle paraît d'autant plus plausible que Sandström a décrit des glandes parathyroïdes chez le cheval, le bœuf, le chien et le chat.

J'avais pratiqué, depuis deux ou trois ans, un assez grand nombre de thyroïdectomies sur nos principaux animaux domestiques (cheval, âne, chien, bélier, bouc, porc et lapin), sans pouvoir en dégager une conclusion ferme; mais j'avoue que les indications de M. Gley me rendirent encore bien plus perplexe au sujet de l'interprétation de ce que j'avais obtenu. — Avant donc d'attribuer à mes résultats une valeur quelconque, j'ai tenu à répéter sur le lapin les expériences de l'auteur précité, afin de vérifier si la thyroïdectomie *complète* provoquait toujours fatalement l'apparition de symptômes comparables à ceux observés chez les carnassiers, et ultérieurement la mort de l'opéré.

J'ai effectué sur une douzaine de lapins adultes la thyroïdectomie complète; aucun n'est mort. On pourrait m'objecter peut-être que je n'ai pas toujours fait l'extirpation totale ! — J'ai conservé quelques animaux pour en fournir les preuves; deux sont au laboratoire de M. le professeur Dastre, d'autres à Alfort.

(1) Société de biologie, séance du 30 juillet 1892.

Je ne rapporterai pas ces expériences, ce serait absolument hors de propos et sans intérêt; qu'il me suffise de dire que deux opérés seulement ont été malades et que tous les autres n'ont pas semblé s'apercevoir de l'intervention chirurgicale. L'appétit et la vigueur ont toujours été conservés.

Cependant, si la mort n'est pas une conséquence fatale de la thyroïdectomie complète, comme l'a indiqué M. Gley, je dois affirmer toutefois, que la suppression totale de la fonction thyroïdienne peut exceptionnellement donner naissance à des accidents qui ont beaucoup d'analogie avec ceux observés chez les carnassiers. — Dans les deux cas qu'il m'a été donné d'enregistrer, les accidents ont débuté quarante-huit heures après l'opération. Chez le premier lapin, ces accidents se sont manifestés sous forme de contractions cloniques des mâchoires et du cou, s'étendant ensuite au bout d'une heure et demie ou deux heures à tous les muscles de la région vertébrale et des parties supérieures des membres. Vers la troisième heure, la respiration devint précipitée et haletante, les battements du cœur accélérés et tumultueux, en même temps qu'apparaissaient des phénomènes d'excitation générale.

L'animal abandonné dans le laboratoire s'élançait de côté et d'autre sans arriver à se guider, se jetant contre les chaises ou contre les murs. A ces périodes d'excitation générale succédaient des phases d'accalmie durant lesquelles une salivation abondante se produisait. Dès la septième heure, tous les symptômes alarmants s'atténuèrent, et, le lendemain, l'animal était revenu à la santé.

Chez le second, il n'y eut que de la raideur générale qui disparut après quelques jours.

Si donc je m'en étais tenu à cette première série d'expériences, j'aurais pu dire, contrairement à M. Gley, que la thyroïdectomie complète ne doit que très exceptionnellement provoquer la mort chez le lapin.

Les résultats étaient tellement contradictoires que j'en cherchai l'explication à plusieurs reprises. Dans cette première série, je n'avais opéré que des animaux adultes de dix mois au moins; quelques-uns même étaient beaucoup plus âgés. Je me demandai si la question d'âge n'était pas pour quelque chose dans ces résultats, et j'entrepris aussitôt une nouvelle série de recherches sur des sujets de trois et quatre mois. Sur sept opérés, deux moururent, l'un après avoir présenté des symptômes de tétanie générale parfaitement caractérisés, l'autre pendant la nuit sans qu'il fût possible de l'observer. Les accidents débutèrent dès la douzième ou la treizième heure, et les deux sujets succombèrent entre la quinzième et la vingt-cinquième heure qui suivirent l'opération. Les autopsies, faites avec le plus grand soin, n'ont pas montré de congestion cérébrale.

Il semble résulter de ces faits que si l'on opère sur des adultes et sur des jeunes, les résultats peuvent différer et donner lieu à des interprétations absolument erronées.

Dans tous les cas, et en admettant qu'il y ait parfois des accidents à la suite de la thyroïdectomie complète chez le lapin, en dehors de toute complication opératoire, je crois que ces accidents sont beaucoup moins fréquents que ne l'a indiqué M. Gley.

L'importance presque capitale que l'on pouvait attribuer à la présence de glandes accessoires, perdait donc beaucoup de sa valeur pour le point de vue auquel je m'étais placé, puisque, d'après les faits que je viens d'exposer, la fonction de suppléance attribuée à ces glandes accessoires ne paraît pas prouvée. Rien ne m'empêche dès lors d'attribuer une certaine valeur aux résultats très anciens que j'ai en ma possession; mais avant d'entrer dans quelques détails à ce sujet, je tiens à dire que durant cinq années j'ai disséqué pour ma part, au service d'anatomie d'Alfort, un assez grand nombre d'animaux domestiques (chevaux, bœufs, moutons, chiens et porcs), sans rencontrer les homologues des glandules accessoires du lapin.

Je n'ai pas toujours, il est vrai, mis en évidence la disposition classique des corps thyroïdes; il m'est bien arrivé de trouver un, deux ou trois petits nodules thyroïdiens accessoires de forme indéterminée et détachés du corps principal, mais je les ai toujours vus au voisinage immédiat de l'organe essentiel. Souvent même, ils lui étaient rattachés par des tractus fibreux ou des traînées conjonctives.

Dans ces cas, je pense qu'il s'agit d'un simple accident d'évolution, et non de l'existence de glandes accessoires; aussi je me permets une fois de plus de faire de sérieuses réserves au sujet de l'importance fonctionnelle des parathyroïdes chez les animaux domestiques.

Les résultats que j'ai obtenus sont les suivants :

Solipèdes. — Dans le courant de l'hiver 1890, j'ai pratiqué, sur des chevaux que l'on devait sacrifier pour les dissections, quelques extirpations thyroïdiennes, sans jamais observer le moindre trouble fonctionnel. Malheureusement, je ne pouvais conserver mes sujets plus de deux ou trois jours, et si j'avais voulu en tirer une conclusion, on aurait pu m'objecter que la durée des expériences n'avait pas été suffisante pour être démonstrative. J'ai donc dû combler cette lacune.

Le 28 mai 1890, sur un âne âgé de sept à huit ans, je procédai à l'enlèvement du corps thyroïde droit. L'opération, très simple en elle-même, ne provoqua aucun trouble réactionnel; la plaie se cicatrisa très régulièrement, et le 14 juin je pratiquai l'ablation du thyroïde gauche. L'opéré fut conservé tout le mois de juillet, tout le mois d'août et sacrifié à cette époque, sans qu'il ait été possible d'observer des troubles pouvant se rattacher à la suppression d'une fonction quelconque. C'était démonstratif et, si l'on n'avait parlé de glandules accessoires, je crois que je n'aurais pas renouvelé l'expérience dans ces derniers temps.

Pour me mettre à l'abri de tout reproche, j'ai le 3 avril 1892, sur une pouliche d'un an, enlevé successivement les deux corps thyroïdes, selon les règles de la chirurgie, afin d'éviter toute complication de suppuration ou autre. Le 4, dans la soirée, on perçoit des troubles vaso-moteurs qui se manifestent du côté de la peau par une poussée de sueur d'une durée de plusieurs heures. La peau est mouillée et les poils imbibés comme si l'animal avait été soumis à une longue et pénible course.

Le 5, tout est rentré dans l'état normal.

La bête est sacrifiée le 8 juin, c'est-à-dire plus de deux mois après. A l'autopsie, je vérifie que l'extirpation était totale et qu'il n'y avait pas de glandules accessoires. Aucune lésion n'est constatée.

En présence de ces faits, je pense être autorisé à dire que, chez les solipèdes, l'extirpation des glandes thyroïdes reste sans effets immédiats, à moins que l'on ne veuille considérer comme tels les troubles vaso-moteurs qui se

sont produits du côté de la peau, chez la pouliche, le lendemain de l'opération.

Je n'ai pas pu trouver l'explication de ce phénomène, mais, en admettant qu'il fût la conséquence de l'opération, j'estime qu'il n'y a pas lieu d'y attacher une très grande importance, puisqu'il n'a été que passager et ne s'est pas reproduit durant toute une période de deux mois.

Tout semble indiquer, d'autre part, qu'il ne doit pas y avoir davantage de troubles chroniques, la période d'observation de deux mois paraissant suffisamment démonstrative.

Ruminants. — Le 10 mai 1890, un bélier vigoureux, de trois ans environ, subit le même jour l'extirpation des deux thyroïdes. La cicatrisation de la plaie est obtenue par première intention ; la respiration, la température et les pulsations restent normales tous les jours suivants, et l'animal conserve toute sa vigueur. Il est sacrifié en septembre, sans qu'il ait été possible de remarquer quelque chose d'anormal.

Le 20 mai 1892, je soumets aux mêmes manœuvres une chèvre âgée de six ans. Elle est conservée depuis cette époque et n'a jamais rien présenté d'anormal.

Comme pour les solipèdes, et conformément aux opinions de Sanquirico et Orecchia, je puis donc admettre que l'ablation des corps thyroïdes reste sans conséquences funestes, — pour les ruminants adultes tout au moins.

Porcins. — Selon certains auteurs, et Münk en particulier, la thyroïdectomie reste sans effets chez le porc.

J'ai aussi vérifié cette assertion en pratiquant l'ablation complète de ce corps thyroïde chez un verrat adulte d'au moins trois ans. L'opération fut faite le 5 août 1891. Tout resta dans l'ordre normal, et l'animal fut sacrifié dans les derniers jours du mois suivant (septembre 1891).

L'ensemble de ces faits concorde assez bien avec les résultats obtenus jusqu'ici et consignés par différents auteurs dans les publications françaises ou étrangères ; aussi serait-on tenté d'admettre, sans plus ample informé, les conclusions générales de Sanquirico et Orecchia, acceptées par Langendorff et Ewald, conclusions qui sont les suivantes :

« L'extirpation des glandes thyroïdes est inoffensive pour les herbivores, tandis que de l'avis de tous les expérimentateurs (et je suis du nombre), elle est généralement mortelle pour les carnivores. »

C'est en effet ce qui semble se dégager nettement aussi de mes expériences personnelles ; mais avec cette réserve toutefois que ces faits ne s'appliquent guère qu'à des animaux adultes.

Les auteurs précités vont d'ailleurs beaucoup plus loin, lorsqu'ils admettent sans preuves à l'appui que les différences si caractéristiques qui se présentent chez les carnivores et les herbivores thyroïdectomisés doivent être sous la dépendance du régime.

Les effets de la thyroïdectomie sont-ils sous la dépendance du régime?

Qu'il me soit permis de répondre par la négative.

Une première expérience, commencée dans un but absolument différent, en fournira la preuve : c'est celle pratiquée sur le verrat le 5 août 1891. A cette époque, je poursuivais quelques essais relatifs à l'influence du régime sur les ferments salivaires et, dans ce but, j'avais soumis le verrat en question à l'alimentation exclusive de la viande pendant plusieurs mois.

La thyroïdectomie n'ayant donné naissance à aucun trouble, même sous l'influence de cette alimentation, il est permis d'en conclure que le régime n'est pour rien dans les suites de l'opération.

Plus récemment, d'ailleurs, et cette fois dans le seul but de contrôler les prétendues influences du régime, j'ai thyroïdectomisé (13 mai 1892) un porcelet de quinze jours encore à la mamelle, lequel n'a été sevré que trois semaines ou un mois plus tard. Pendant tout le temps de l'allaitement, c'est-à-dire du 13 mai au 10 juin, le régime peut être comparé à celui d'un carnassier, et cependant il n'y eût pas le moindre trouble fonctionnel durant cette période.

Au moment du sevrage, le porcelet thyroïdectomisé se trouvait en aussi bon état que les autres sujets de la même portée, et rien, à première vue, ne permettait de le différencier.

C'est à dater du sevrage que cette dernière expérience devient surtout intéressante, car elle m'a permis d'observer, pour la première fois je crois, chez les animaux domestiques, l'évolution du myxœdème expérimental. Naturellement, cette expérience ne perd rien de sa valeur quant à l'interprétation que j'en ai donnée pour la période d'allaitement.

Le jour du sevrage fut comme le terme du développement organique de l'animal, et dans la suite, bien qu'il n'y ait eu aucun accident aigu, l'accroissement ne se produisit plus.

Comparé aux autres sujets, ce porcelet resta chétif, malingre et souffreteux. La peau se montra rude au toucher ; les soies devinrent longues, raides et grossières ; la voix se transforma, semblant comme avortée, presque plaintive.

L'appétit paraissait néanmoins conservé. Vers le 28 juin, on s'aperçut que le corps de l'animal s'épaississait notablement, bien qu'il n'y eût pas d'accroissement sensible en hauteur, et le contraste était d'autant plus frappant que les autres sujets étaient hauts et minces. C'était l'apparition du myxœdème, qui s'accentua ensuite rapidement jusqu'au 17 juillet, jour de la mort du malade. Je ne m'attarderai pas à la description des lésions relevées à l'autopsie ; ce sont toutes celles déjà connues pour l'espèce humaine (œdème de la région de la nuque, du cou, du dos et des lombes, ainsi que des membres jusqu'aux genoux et aux jarrets ; chose curieuse, l'extrémité inférieure des membres était absolument intacte).

C'est là une expérience sur laquelle je n'insiste pas, que je me propose de reproduire et qui peut-être pourra aider puissamment à la solution du difficile problème de la physiologie thyroïdienne.

Sans vouloir aujourd'hui chercher à trancher la question en quoi que ce soit, et à part les réserves faites dans le cours de cet exposé, je ferai remarquer que si l'on synthétise les expériences ci-dessus, il semble en résulter que la physiologie des glandes thyroïdes a une importance plus grande pendant le jeune âge qu'à l'état adulte.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE LA RÉPARATION IMMÉDIATE DES PERTES DE SUBSTANCE INTRA-OSSEUSE, A L'AIDE DE CORPS ASEPTIQUES.

Par MM. SIMON DUPLAY et MAURICE CAZIN (1).

On a proposé différents moyens pour activer la réparation des pertes de substance osseuse qui, dès qu'elles atteignent certaines dimensions, exigent un temps considérable pour se combler, si même elles y parviennent jamais.

Lorsqu'on abandonne à elles-mêmes ces cavités, les bourgeons charnus qui les tapissent s'accroissent lentement, marchant de la périphérie vers le centre jusqu'à ce que le vide soit rempli. En même temps, un tissu osseux nouveau se développe, sous forme de prolongements qui procèdent de la paroi cavitaire elle-même et envahissent peu à peu le tissu de granulation jusqu'à ossification totale. Ce travail réparateur est toujours fort lent; il se peut même, quand la perte de substance est de grandes dimensions et que le sujet n'est plus jeune ou se trouve dans de mauvaises conditions, qu'il fasse plus ou moins défaut et laisse persister une excavation plus ou moins considérable.

On conçoit aisément que la réparation susdite serait plus rapide et plus parfaite, si l'on augmentait artificiellement la formation des tissus nouveaux en leur fournissant une charpente provisoire, comblant d'emblée la perte de substance et offrant un point d'appui aux éléments cellulaires émanant de ses parois. C'est ce que nous avons tenté d'obtenir, en remplissant avec différents corps spongieux les cavités osseuses crées chez les animaux.

Plusieurs méthodes ont été déjà mises en pratique pour favoriser la réplétion des pertes de substance osseuse; ainsi on a employé les greffes d'os vivants, ce qui constituerait à coup sûr le procédé le plus rationnel et le plus efficace, si les fragments transplantés continuaient à vivre et à se développer, au lieu de jouer un rôle provisoire et d'exercer uniquement une action de présence excitatrice, comme le pense M. Ollier.

Puis on a remplacé la greffe osseuse proprement dite par l'implantation de fragments d'os décalcifiés, destinés à être résorbés, ne participant donc en rien à la régénération du tissu osseux et ne constituant qu'une sorte de soutien temporaire.

Or, il nous a paru possible d'atteindre le même but par un procédé plus simple, c'est-à-dire en utilisant diverses matières journellement employées en chirurgie, telles que la gaze iodoformée, le coton, la soie, le catgut, l'éponge.

59 expériences ont été faites sur 30 chiens et 29 lapins adultes, chez lesquels nous avons creusé, le plus souvent dans l'extrémité supérieure du tibia, des cavités osseuses de grandes dimensions qui, abandonnées à elles-mêmes chez des animaux témoins, ne se comblaient qu'après plusieurs mois.

Voici, en résumé, la technique mise en usage ; stérilisation par la chaleur, à l'autoclave, des gazes, soies, cotons et éponges, soit ordinaires mais très fines, soit préparées suivant les prescriptions d'Hamilton. Le catgut étant trop altéré par l'autoclave doit être simplement stérilisé par les moyens chimiques qui, à la vérité, ne sont pas toujours très sûrs.

On prend naturellement toutes les précautions pour réaliser l'asepsie rigoureuse de la plaie et de la cavité osseuse; dans cette dernière, on fait, pour effectuer l'hémostase, un premier tamponnement moins serré et qui sera définitif.

Une première série de sutures est pratiquée sur le périoste ou sur les parties molles profondes; la plaie cutanée est ensuite réunie avec le crin de Florence et recouverte d'une couche de collodion iodoformé. En procédant ainsi, nous avons obtenu, à peu près sans exception, une réunion immédiate solide.

Les animaux ayant été sacrifiés à époques fixes, l'examen au microscope des coupes, faites sur les tissus nouveaux, a montré qu'au cinquième jour déjà les fragments d'éponge étaient complètement envahis par les éléments cellulaires, constituant bientôt après un tissu jeune, très vasculaire, occcupant tout le réseau formé par l'éponge, dont les travées désagrégées peu à peu ne forment plus qu'une minime partie du tissu réparateur.

Plus tard, quand l'ossification de ce dernier est achevée, les débris de l'éponge sont réduits à quelques spicules épars qui persistent peut-être, sans qu'il en résulte de grands inconvénients.

Il serait trop long de décrire ici les effets obtenus avec les différentes matières employées; nous nous bornerons donc à dire qu'on peut combler une cavité osseuse avec une substance inerte quelconque, puis, à l'aide de la suture fermer immédiatement et définitivement la plaie. Toutefois, comme il importe d'employer des corps rapidement et intégralement envahis par les éléments cellulaires et tendant à disparaître à mesure que l'ossification s'achève, nous recommandons surtout l'éponge, la gaze aseptique ou le catgut, en certains cas, comme donnant les meilleurs résultats.

En présence des succès obtenus chez les animaux, il était permis d'espérer que cette méthode réussirait également chez l'homme, où les occasions de l'appliquer s'offrent souvent; il n'est pas rare, en effet, de voir se former, à la suite des ostéites tuberculeuses ou syphilitiques, des ostéo-myélites traumatiques ou spontanées, des extractions de séquestres ou des évidements osseux, des cavités considérables qui restent béantes indéfiniment ou ne se comblent qu'à grand'peine, sans préjudice des accidents qui peuvent s'ensuivre; en pareil cas, il y aurait avantage à provoquer et accélérer la réparation osseuse. Mais ici une indication nouvelle et formelle se présente : à savoir la stérilisation parfaite de la cavité pathologique, aussi indispensable que l'asepsie absolue du corps obturant; or, la susdite stérilisation est loin d'être toujours possible.

On parvient, sans doute, et nous en possédons des exemples, quand les pertes de substance sont peu étendues, quand on peut, en évidant leurs parois, supprimer tous les tissus malades et atteindre les parties saines, comme dans les expériences animales; mais dans le cas contraire, quand les cavernes osseuses sont larges, inégales, anfractueuses, à prolongements inaccessibles, l'antisepsie est difficilement réalisable, de sorte que la suppuration peut faire manquer la réunion.

En pareille occurrence, il serait préférable de modifier

(1) Académie des sciences, 16 juillet 1892.

la méthode et de procéder en deux temps : dans le premier, on poursuivrait la désinfection et l'asepsie du foyer morbide ; dans le second, on tamponnerait la cavité et on la fermerait par la suture.

Nous continuons dans cette direction des recherches, dont nous ferons connaître les résultats.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TOXINE DU BACILLE DE LA DIPHTÉRIE (1),

Par M. GUINOCHET.

1. Depuis quelques années on tend de plus en plus à admettre que les microbes pathogènes agissent, non par leur simple présence, mais par les produits qu'ils élaborent. Aussi l'étude de ces produits a-t-elle déjà suscité un grand nombre de travaux. A part les propriétés physiologiques de ces substances, deux points surtout ont attiré l'attention : d'une part, la nature chimique de ces corps parfois si actifs ; d'autre part, le mécanisme de leur formation.

2. En ce qui concerne le premier point, on était enclin tout d'abord à les ranger parmi les alcaloïdes ; il est incontestable que les milieux dans lesquels ont vécu les microbes pathogènes contiennent souvent des alcaloïdes ; on sait aujourd'hui que ce ne sont pas ces alcaloïdes qui constituent les produits pathogènes spécifiques des différents microbes. Ces alcaloïdes ne reproduisent pas les principaux symptômes de la maladie causée par le microbe lui-même ou par les bouillons où il s'est cultivé.

On chercha donc dans une autre direction, et l'on admet aujourd'hui que ces produits sont des matières albuminoïdes, soit des diastases (Roux et Yersin), soit des albuminés (toxalbumines de Brieger et Frænkel), soit des nucléines (Gamaleïa).

3. Le second point à élucider est celui de savoir d'où dérivent ces produits toxiques. Sont-ce des produits de décomposition des matières albuminoïdes ayant servi d'aliment au microbe, comme on l'admet en Allemagne (Brieger, Hüppe), ou, au contraire, les microbes possèdent-ils la faculté de les produire par un processus synthétique, à l'aide de corps plus simples ?

4. Afin d'apporter quelque éclaircissement dans ce problème, j'ai pensé qu'il serait intéressant de cultiver le microbe de la diphtérie dans un liquide ne contenant pas de matière albuminoïde et de voir si, après développement, le milieu de culture renfermerait ou non la même toxine qui se produit dans les bouillons ordinaires de culture.

On savait déjà (d'Espine et Marignac) que le bacille de Löffler peut vivre dans l'urine ; mais ces auteurs ne se sont pas occupés de la toxicité de cette urine ; il aurait pu se faire que celle-ci, tout en maintenant le microbe vivant, ne fût pas toxique. Dans ce cas, l'hypothèse qui attribue une origine albuminoïde à cette toxine aurait été confirmée. Or, l'expérience m'a montré que, si l'on injecte à des cobayes soit des cultures du bacille de Löffler dans l'urine, soit cette même urine débarrassée des microbes par le filtre Chamberland, ces animaux périssent en présentant les mêmes lésions que des cobayes témoins inoculés avec une culture sur bouillon de bœuf ou de veau. La seule différence consiste en ce que, pour obtenir la mort dans le même laps de temps, il faut injecter une dose 2 ou 3 fois plus forte d'urine que de bouillon, ce qui semblerait établir que la toxine formée est moins abondante dans l'urine.

Il résulte de ce qui précède que la toxine bactérienne la plus connue, celle de la diphtérie, ne dérive pas nécessairement de matières albuminoïdes ; ou au moins, pour ne pas empiéter sur les faits strictement observés, que cette toxine peut être élaborée par le bacille de Löffler en l'absence de toute matière albuminoïde.

5. Ce premier point résolu, il s'agit de savoir si cette toxine non dérivée d'une matière albuminoïde est elle-même une albumine. Or, il m'a été impossible de constater dans l'urine de culture la trace d'une matière albuminoïde par les réactifs ordinaires de ces substances (ferrocyanure acétique, réactif de Tanret, réaction du biuret, etc.), même en opérant sur un litre d'urine réduite à un petit volume dans le vide, soit à 30°, soit à 40°.

Faut-il en conclure que le poison sécrété par le microbe diphtérique n'est pas une matière albuminoïde. Je ne crois pas pouvoir émettre une assertion aussi absolue, parce que ce poison agit à des doses tellement faibles (des fractions de milligramme) et est si altérable, que les réactifs des matières albuminoïdes ne sont ni assez sensibles, ni assez certains pour permettre d'affirmer dans un liquide l'absence de traces aussi minimes de ces matières.

6. Il me semble résulter de ce qui précède qu'il est tout à fait prématuré de vouloir ranger les substances pathogènes spécifiques élaborées par les microbes dans un groupe chimique déterminé : diastase, albumine, nucléine, et que l'on devrait se contenter de les désigner par un nom vague comme celui de *toxine*, qui répond bien à leur principale propriété physiologique, la seule dûment constatée.

(1) Académie des Sciences, 30 mai 1892.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET CHIRURGIE ABDOMINALES

I. — RUPTURE DE L'INTESTIN, DÉCHIRURE DE L'ÉPIPLOON, ARRACHEMENT DU MÉSENTÈRE A LA SUITE D'UNE CHUTE, par le Dr HERMES. (*Centralblatt fur Chirurgie*, 1892, n° 16, p. 332.)

II. — RUPTURE DE L'INTESTIN A LA SUITE D'UN TRAUMATISME, par le Dr ROCKWELL. (*New-York medical Journal*, 1891, n° 21.)

III. — UN CAS DE LÉSION TRAUMATIQUE GRAVE DE L'ABDOMEN ; GUÉRISON ; par le Dr APPENZELLER. (*Wurttemberg, Correspondenzblatt*, 1892, n° 11.)

IV. — COUP DE BAYONETTE DANS LE VENTRE ; HERNIE DE L'ÉPIPLOON ; ÉLIMINATION SPONTANÉE DE LA PARTIE HERNIÉE ; GUÉRISON, par le Dr MORF. (*Münchener medic. Wochenschrift*, 1892, n° 23, p. 406.)

I. — Un ouvrier, âgé de 40 ans, était tombé d'un troisième étage sur le sol. Au niveau du premier étage il avait heurté une poutre. On le transporta à l'hôpital, où il arriva environ vingt minutes après l'accident. Il était dans un état comateux, la face cadavérique, le corps couvert d'une sueur froide, le pouls imperceptible. Au bout de quelque temps il revint à lui. Il avait les deux cuisses fracturées au même niveau, à la limite du tiers supérieur et du tiers moyen. Il se plaignait de

violentes douleurs de ventre, qu'il localisait dans la région épigastrique. Pas de lésion apparente des téguments abdominaux. La percussion de la région ombilicale était très douloureuse. L'urine évacuée par le cathétérisme était limpide, sans mélange de sang. En raison de l'état de collapsus dans lequel se trouvait le malade, on crut devoir s'abstenir de toute intervention opératoire; on se borna à appliquer des sachets de sable le long des membres inférieurs et à faire prendre des excitants au blessé. Celui-ci succomba trente minutes plus tard.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre on trouva l'épiploon déchiré transversalement à l'union de son tiers moyen et de son tiers transversal, et de plus imbibé de sang. L'intestin grêle était arraché de son mésentère sur presque toute son étendue. La cavité abdominale logeait un certain nombre de caillots de sang mélangés de graisse. Enfin, à une distance de 3 centimètres de l'estomac, l'intestin présentait une déchirure qui intéressait le tiers environ de sa circonférence. Pas d'autre lésion viscérale. L'appareil ligamenteux de la symphyse pubienne était rompu et les deux surfaces articulaires étaient séparées par un intervalle de 4 centimètres.

L'auteur pense que la déchirure de l'intestin s'est produite par voie indirecte, par suite d'une distension ou d'une traction excessive subie par ce viscère.

II. Un autre exemple de rupture traumatique de l'intestin a été relaté récemment, par M. Rockwell : un homme de 43 ans, épileptique, avait eu, après le repas du soir, une violente attaque de haut-mal ; il était tombé, le ventre en avant, sur un pilier de bois de lit. Deux heures plus tard il se plaignit de souffrir dans le ventre. Le lendemain il se leva et passa une heure, assis dans un fauteuil. Un peu plus tard le médecin le trouva couché sur le lit, dans un état semi-comateux, la peau couverte d'une sueur froide, le pouls imperceptible, la respiration accélérée, superficielle, les pupilles fortement dilatées, les lèvres cyanosées, les traits tirés. Le malade se plaignait de souffrir dans l'occiput et dans la nuque. En l'examinant, M. Rockwell découvrit une strie ecchymotique dans la région inguinale droite, au-dessus du ligament de Poupart. Cette strie mesurait 15 centimètres en longueur et 1 en largeur.

Une pression exercée sur l'hypogastre occasionnait au malade des douleurs très vives. La température corporelle était normale. Par le cathétérisme on n'évacuait qu'une petite quantité d'urine.

Malgré l'emploi des stimulants et des injections de morphine, l'état du malade s'aggrava très rapidement ; mort 16 heures après l'accident.

A l'autopsie on retira de la cavité abdominale environ un demi-litre de sérosité sanguinolente et des matières fécaloïdes. On découvrait en outre les traces d'une péritonite suraiguë. Environ à 1m20 au-dessus du cæcum, l'iléon était déchiré sur une longueur de 3 centimètres. La déchirure était située en regard de la strie sanguinolente du tégument externe, qui toutefois était tout à fait superficielle, n'allant pas jusqu'à la couche musculaire.

III. Un garçon de 13 ans avait été saisi par un bœuf qui, le soulevant sur ses cornes, l'avait projeté en l'air. Lorsque le médecin vit l'enfant, il lui trouva dans le flanc gauche, une plaie pénétrante qui mesurait 6 centimètres en longueur. A travers cette plaie un paquet de circonvolutions intestinales faisait hernie. La masse herniée avait été enveloppée dans un morceau de toile parfaitement propre. M. Appenzeller lava l'intestin procident, avec une solution phéniquée à 3 0/0. Il procéda ensuite à sa réduction ; puis il appliqua des points de suture sur la plaie du péritoine d'abord, puis sur la plaie tegumentaire. Il appliqua ensuite un bandage à l'iodoforme, et prescrivit de l'opium et de la glace.

Pendant les jours qui ont suivi, la température corporelle du malade ne s'est pas élevée au-dessus de 38°4. Le onzième jour on enleva les fils de soie qui avaient servi à oblitérer la plaie péritonéale. La plaie tegumentaire s'était cicatrisée par formation de granulations. De temps à autre il a fallu administrer des lavements au malade, pour combattre la constipation dont il souffrait, mais en définitive le rétablissement a été complet.

Détail à noter : l'intestin procident n'avait pas séjourné moins de trois heures hors de la cavité abdominale.

IV. Un soldat avait été blessé par un de ses camarades d'un coup de baïonnette dans le ventre. Au moment de son entrée à l'hôpital il portait dans le flanc gauche une plaie pénétrante, à travers laquelle faisait saillie un fragment d'épiploon large comme la main, que le blessé avait enveloppé dans un pan de sa chemise, d'une propreté plus que douteuse. Comme il s'était écoulé une heure depuis l'accident, et qu'il y avait à craindre une hémorrhagie plus violente, lors des tentatives de réduction, on se borna momentanément à laver et à désinfecter les téguments abdominaux, à appliquer un pansement approprié, et à faire prendre au blessé de l'opium.

La nuit suivante fut agitée. T. 38°9. Le lendemain le malade vomit un peu. Le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux. A partir du troisième jour, la température corporelle se maintint au niveau normal, et, à partir du quatrième jour, le malade eut de nouveau des selles.

Le pédicule de la masse procidente fut de plus en plus comprimé, du fait de la rétraction cicatricielle de la plaie tégumentaire ; la masse elle-même se ratatina progressivement. Pour hâter son élimination, on appliqua sur le pédicule un fil de soie épais, qu'on serra tous les jours un peu plus. Cela se passait pendant la troisième semaine qui suivit l'accident. Au bout de cinq jours, la masse épiploïque fut trouvée dans les pièces du pansement. Au siège de la lésion on ne découvrait plus qu'une zone granuleuse, ayant environ l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, et qui se cicatrisa complètement en l'espace de quinze jours. Le patient, à cette époque, était complètement rétabli.

Ce mode de terminaison est fait pour étonner, quand on considère la gravité du traumatisme qui était en jeu, et surtout la certitude à peu près complète d'une infection de la plaie et du viscère procident. Dans ces conditions le développement d'une péritonite était à craindre, et ces craintes ne se sont pas réalisées, sans doute parce que l'asepsie de la masse procidente a pu être réalisée d'une façon complète, et que cette masse s'est trouvée complètement isolée du contenu de la cavité abdominale.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR LES COLLECTIONS INTRA-PARIÉTALES DES TROMPES UTÉRINES, par le Dr d'HOTMAN DE VILLIERS. (Steinheil éditeur).

Le travail de M. d'Hotman de Villiers ne saurait manquer d'intéresser tous les médecins qui s'occupent des maladies des

annexes de l'utérus : l'auteur, en effet, y étudie les collections développées dans l'épaissenr même de la trompe. Ces collections reconnaissent plusieurs variétés ; il en est une surtout dont M. d'Hotman de Villiers trace les caractères avec le plus grand soin : ce sont les *kystes embryogéniques* que nul n'a décrits avant lui.

A une première variété de ces collections occnpant l'épaisseur même de la trompe, se rattachent les kystes annexés à une poche principale développée dans la lumière du canal tubaire. Les travaux de Martin, d'Orthman, de Cornil en ont éclairci le mode de formation. Ces collections sont situées en dedans de la couche mnsculaire de la trompe : elles n'empiètent snr elle que par un mécanisme de pression. La formation de ces kystes est due à la prolifération des replis muqueux, dont les arborisations finissent par s'accoler et forment ainsi des cavités closes de toutes parts : leur face iuterne est tapissée par l'épithélium même de la muqueuse. La production lente du tissu embyonnaire et la dilatation progressive de la trompe rejettent de plus en plus loin de la muqueuse ces cavités kystiques qui perdent ainsi tout rapport de contact avec leur point d'origine.

Les kystes appartenant à cette première variété sont ordinairemeut nombreux, à contenu séreux ou purulent, et sembleraient, d'après l'autenr, jouer un rôle important dans la symptomatologie des salpingites. Malheureusement, les faits sur lesquels il s'appuyé sont restreints et semblent être une rareté clinique ; il sont loin d'être suffisants pour fournir les éléments possibles d'un diagnostic différentiel.

La seconde variété des kystes intra-pariétaux est bien différente de celle qui vient d'être analysée : ces collections, bien que pouvant exister avec des lésions intra-tubaires, en sont indépeudantes par leur mode de développement et leur siège. L'auteur nous moutre que ces abcès intra-pariétaux ont une existence réelle qu'on ne saurait nier aujourd'hui, ils sont le produit d'une infection qui se fait par l'intermédiaire des lymphatiques utérins ; ils sont toujours consécutifs à une affection vagino-ntéro-tnbaire et ont une évolution ordinairement rapide. Leur existence se comprend aisément si l'on se rapporte aux travaux de Poirier sur les lymphatiques de l'utérus, et aux recherches de Widal sur le rôle de ces lymphatiques dans les affections ntérines : on sait, en effet, qu'il existe des communications entre les lymphatiques de l'ntérus et ceux de la trompe, permettant le passage des agents pathogènes de l'un à l'autre. Trois intéressantes observations démontrent jusqu'à l'évidence la réalité de ces abcès intrapariétaux.

La troisième variété des collections intra-pariétales décrites par l'auteur est de beaucoup la plus intéressante : M. d'Hotman de Villiers en aborde le premier la description et en explique la pathogénie : ce sont des *kystes embryogéniques*. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter *in extenso* les trois observations que l'auteur a rattachées à cette partie de son travail. Dans la première observation, il s'agit d'nne trompe atteinte de salpiugite vulgaire ; en des points variables de la lougueur de la trompe, mais surtout sur les coupes répondant à sa partie moyenne, on constate, au microscope, des amas constitués par un épithélium cylindrique bien net ; ces amas répondent à une cavité dont on peut voir la coupe circulaire en d'autres points, cavité tapissée entièrement par un épithélium cylindrique, et qui par endroit paraît multilocnlaire. Il est impossible de considérer ces cavités comme constituées par l'accolement des franges. C'est, en effet, fort loin de la muqueuse qu'elles ont été rencontrées : d'ailleurs, dans les deux autres observations, où les kystes étaient situés loin de la muqueuse, et où ils étaient aussi tapissés d'un épithélium cylindrique, la muqueuse de la trompe a été trouvée absolument saine.

C'est à la période embryonnaire qu'il faut remonter, d'après l'auteur, pour avoir l'explication de la provenance de ces cavités. M. d'Hotman de Villiers pense que ce sont des débris du corps de Wolff. Ces kystes, en effet, n'ont-ils pas l'épithélium cubique ou cylindrique qu'on observe dans tous les débris du corps de Wolff (canaux de Gærtuer, corps de Rosenmuller) ?

Ces débris du corps de Wolff seraient entraînés dans le développement du canal de Müller, ce qui explique comment de tels débris peuvent être compris dans l'épaisseur de la trompe.

Cette pathogéuie, toute hypothétique qu'elle puisse être, nous paraît des plus admissibles et en tous cas des plus intéressantes. — L'existeuce de ces kystes méritait d'être signalée, ne serait-ce qu'au point de vue du diagnostic, car ils peuvent être pris pour une véritable salpingite et entraîner l'ablation d'un organe fonctionnellement sain. — Malheureusement ce diagnostic est des plus difficiles à établir, et, dans le travail de M. d'Hotman de Villiers, l'étnde symptomatologique de ces lésions n'existe pour aiusi dire pas : ces lésions confondent leurs symptômes avec ceux des salpingites ordinaires, sans présenter rieu de spécial ; elles sont souvent des surprises d'opération.

Des planches, anuexées au travail original de M. d'Hotman de Villiers, en rendent la compréheusion plus facile et la lecture plus attrayante.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de la *Médecine de colonisation en Algérie*, du Dr B. Milliot, nous avons reçu de l'auteur de cette communication une petite note que nous nous empressons de publier.

Nous regrettons vivement, dit M. le Dr Milliot, de n'avoir pu insérer dans notre Communication, faite le 24 septembre 1891 au Congrès de Marseille de l'Association pour l'avancement des sciences, le couteuu d'une circulaire du 3 novembre 1891 du Dr de Labrousse, médecin de colonisation délégué au Comité départemental de Constantine, adressée à tous les médecins de colonisation de l'Algérie et par laquelle il nous faisait savoir que la 14e Commission des pétitions de la Chambre des Députés a pris, le 27 octobre 1891, eu considération la demande des médecins de colonisation que leurs fonctions soient comprises dans la catégorie du service actif prévu par la loi du 9 juin 1853 et a prononcé son renvoi à M. le Ministre de l'Intérieur.

Ainsi que le fait observer le Dr de Labrousse dans sa circulaire, la pétition des médecins de colonisation est sortie des cartons et il est de toute nécessité que ceux-ci fassent agir en même temps les influences dont ils disposent à la Chambre des Députés lorsque celle-ci sera appelée à se prononcer snr la dite pétition n° 1470, déposée par M. Forcioli, député de Constantine, et renvoyée, ainsi qu'il a été dit, par la 14e Commission à M. le Ministre de l'Intérieur. »

BULLETIN

A PROPOS DE LA LÈPRE. — SUR LE MODE D'ACTION DE LA MÉTHODE HYDRIATIQUE DE BRANDT.

— Nous ne voulons point passer sous silence un travail aussi important que celui dont notre savant confrère étranger, M. le Dr Zambaco, vient de donner lecture à l'Académie. En effet, il y a dans ce travail, qui est le fruit d'une enquête personnelle approfondie, des faits nouveaux et des aperçus propres à modifier les idées généralement admises concernant l'origine et la nature de cette maladie appelée lèpre, dont l'histoire est encore mystérieuse par bien des côtés. Une première assertion, assez inattendue, est celle qui est relative à l'existence permanente et à la perpétuation de la lèpre confirmée sur le littoral de la presqu'île bretonne. Pourtant les observations recueillies par M. Zambaco ne laissent subsister aucun doute sur la réalité du fait. Cette constatation pourrait à bon droit nous étonner et nous inquiéter, mais elle trouve sa contre-partie dans cette autre, non moins établie, à savoir que la lèpre actuelle chez les Bretons n'est plus guère qu'une atténuation, un diminutif, et en quelque sorte une réduction de celle qui a existé autrefois, et dont les épidémies du moyen-âge nous ont laissé un si terrible souvenir. D'ailleurs à cette atténuation près, la maladie actuelle, d'après M. Zambaco, rappellerait dans ces traits généraux celle du passé, vis-à-vis de laquelle elle pourrait figurer comme la varioloïde figure vis-à-vis de la variole grave dont elle n'est guère qu'une ébauche adoucie! Toujours est-il que la fréquence de la lèpre en Bretagne est encore assez grande, plus grande que ne le croient nombre de médecins peu familiarisés avec le diagnostic d'une affection réputée essentiellement exotique, et partant trop bien préparés à la méconnaître là où ils la rencontrent.

Certes, nous devons laisser à l'honorable médecin de Constantinople la responsabilité de ses affirmations. Mais il faut reconnaître que sa grande expérience en la matière, fruit d'une longue pratique dans les pays d'Orient, lui confère ici une véritable autorité. Cette dernière remarque accentuera encore mieux l'importance de ses conclusions, et particulièrement celle qui a trait à l'identité de la lèpre avec cette affection singulière, encore mal connue bien que souvent décrite, désignée actuellement sous le nom de *maladie de Morvan*. Ici la discussion acquiert une portée considérable, et on ne saurait trop peser les arguments qui militent pour ou contre cette assimilation. Car il ne s'agit de rien moins que de savoir si la maladie de Morvan doit conserver cette qualification d'entité morbide que son premier historien lui a attribuée, ou si elle doit en être dépouillée pour prendre purement et simplement place dans le cadre symptomatique de la lèpre. Or, les remarques de M. Zambaco nous paraissent insuffisantes pour résoudre cette question: elles rendent seulement probable l'hypothèse de l'identité, mais elles laissent subsister des doutes dont les adversaires de cette hypothèse ne manqueront pas de tirer parti. D'autant que l'opinion de notre confrère semble procéder ici d'une simple vue *a priori*, d'un raisonnement fondé sur la seule observation, et qu'on peut lui objecter l'absence de contrôle anatomique et expérimental. Cette dernière lacune a été relevée opportunément par M. Vidal, qui a posé dans ce sens diverses questions auxquelles l'honorable médecin de Constantinople n'a pu répondre, faute de préparation suffisante.

Nous sommes donc amenés à conclure, à notre tour, que jusqu'à plus ample informé, il convient de suspendre tout jugement concernant l'assimilation de la maladie de Morvan avec la lèpre, et de considérer la question comme restant tout entière à résoudre. Cette réserve n'enlève rien de son importance à la communication de M. Zambaco, qui a en encore cet autre mérite d'accentuer le rôle étiologique attribuable à l'hérédité, dans la genèse de la lèpre endémique des côtes de Bretagne. Cette influence de l'hérédité a été précisément très discutée et, soit dit en passant, elle ne cadre guère avec la théorie parasitaire qui rattache les lésions lépreuses à l'action d'un microbe spécial localisé de préférence au niveau des troncs nerveux. Or, une observation attentive a conduit M. Zambaco à affirmer l'influence de la transmission paternelle et de l'atavisme, par contre à mettre en doute celle de la contagion. Ici encore, la science est loin d'avoir dit son dernier mot. Et pour l'une comme pour l'autre, pour l'hérédité comme pour la contagion, il convient de retarder des conclusions qui seraient au moins prématurées dans l'état présent de nos connaissances sur ce sujet, un des plus difficiles parmi ceux que la pathologie générale propose à nos méditations.

— Nous voulons revenir encore une fois sur cette question déjà si souvent discutée, mais toujours ouverte, de l'utilité des bains froids chez les typhiques, et pour cela nous prendrons prétexte d'un article récemment paru dans un journal hebdomadaire, sous la signature de M. le professeur Lépine, de Lyon, dont le suffrage est dans l'espèce particulièrement précieux. Notre collègue commence par reconnaître que la méthode allemande est de plus en plus en faveur, et que le nombre de ses partisans augmente tous les jours: constatation derrière laquelle il est permis d'entrevoir sa propre et définitive adhésion. Cette faveur, il l'attribue tout d'abord à l'incontestable efficacité de la méthode, puis à ce fait que l'emploi de celle-ci est devenu beaucoup plus pratique et d'un maniement plus facile depuis les modifications et simplifications qui y ont été apportées, avec le consentement plus ou moins avoué de ses initiateurs. Il est certain, en effet, que l'application des bains froids est devenue de moins en moins pénible, dès l'instant où l'on s'est départi de la rigueur de préceptes par trop sévères: partout elle est devenue plus acceptable, et finalement a eu raison de résistances qui furent trop longtemps inflexibles. D'un autre côté, l'expérimentation a révélé certains faits qui confirment assez nettement les résultats antérieurement fournis par l'observation. C'est à l'examen critique de ces faits que M. le Dr Lépine s'est attaché particulièrement.

D'après notre confrère, l'action favorable du bain froid chez les typhiques se tient pas seulement à sa qualité de moyen *antithermique*, elle procède aussi d'un véritable effet antipyrétique. En d'autres termes, ce moyen thérapeutique n'a pas seulement pour effet de diminuer la température centrale, effet qui n'est même pas toujours bien appréciable, où qui paraît souvent très minime, il agit également contre la cause *pyretogène*, c'est-à-dire contre le processus infectieux lui-même, qui est la véritable cause de l'hyperthermie. Le deuxième et principal mode d'action s'exercerait, suivant M. Lépine, par l'intermédiaire de la diurèse qui serait sollicitée et activée sous l'influence *tonique* du bain froid. On comprend l'utilité de cet effet indirect, si l'on tient compte de

l'importance de la fonction rénale vis-à-vis d'une maladie dans laquelle il y a indication formelle et urgente d'assurer l'élimination rapide des toxines et des déchets résultant de la combustion fébrile. D'autre part, M. Lépine estime que le bain froid *modère la dénutrition*, résultat en apparence paradoxal, et qui pourtant est conforme à des données chimiques incontestables. En effet, des recherches sur les variations de l'urée chez les typhiques, ont démontré à des observateurs consciencieux, tels que MM. Schroder, Barth, Villemin, que chez ces malades, il y a une certaine diminution de ce produit de la combustion azotée. Il est vrai, que d'autres expérimentateurs déclarent avoir recueilli une conclusion inverse. Toujours est-il que l'on ne peut contester l'action diurétique du bain froid, et c'est principalement ce fait qu'il était nécessaire de mettre en lumière, car il implique des conséquences importantes au point de vue thérapeutique.

En résumé, suivant M. Lépine, la méthode de Brandt intervient par deux procédés différents, confondus à tort dans le langage habituel sous la dénomination trop uniforme d'action tonique : à savoir, une action *excitatrice* très passagère, et une action *modératrice* vis-à-vis de la nutrition, celle-ci plus prolongée et plus durable. La première est due vraisemblablement à la simple stimulation des extrémités nerveuses sous l'influence du contact de l'eau froide ; la seconde paraît tenir à une impression plus persistante produite sur l'ensemble du système cérébro-spinal : mais toutes les deux jouent un rôle utile, chacune à sa manière. Toutefois le second mode d'action, qui est en même temps le moins connu et le moins apprécié, est de beaucoup le plus important. Les considérations que M. Lépine a développées dans son article donnent à cette dernière conclusion la valeur d'une véritable démonstration.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Par un arrêté en date du 26 juillet 1892, pris en conformité de l'avis du Conseil de surveillance et approuvé par M. le préfet de la Seine, l'article 102 du règlement sur le service de santé, qui détermine les conditions à remplir par les candidats pour être admis à prendre part au concours de l'internat en médecine, a été revisé ainsi qu'il suit :

« Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit « de se présenter pour les places d'élèves internes.

« Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que « pendant les six années qui suivent la prise de leur première « inscription de médecine. Les années de présence sous les « drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai.

« Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à « ce concours que sur le vu des pièces suivantes :

« 1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'ex« ternes, au moins depuis le 1er février précédent, sans inter« ruption non motivée ;

« 2° Des certificats délivrés par les médecins et chirurgiens, « et par les directeurs des établissements dans lesquels ils « ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur « exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ;

« 3° Un certificat de scolarité délivré par l'École de méde« cine.

« Le nouveau règlement dont il s'agit sera applicable à par« tir du concours de l'année 1896. »

NOUVELLES

Lettre des médecins du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement.

Les médecins du Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement ont adressé la lettre suivante au maire de leur arrondissement :

« Considérant que, quel que soit leur zèle, ils peuvent être surpris par des cas urgents dans leur clientèle, de nature à retarder le service du Bureau de bienfaisance ; — que, si ces retards ne sont pas habituels aux médecins, il n'y a pas lieu de leur adresser un blâme officiel ;

« Considérant, d'autre part, que des malades fort négligents apportent tardivement, dans la soirée, des lettres qui ont été demandées à la mairie le matin ;

« Considérant également que le service du Bureau de bienfaisance est excessivement pénible pour les médecins, tant à cause des nombreuses visites qu'ils ont à faire, qu'à cause de l'étendue considérable du terrain qu'ils ont à parcourir ; — et qu'il leur est alloué une indemnité qui n'est nullement en rapport avec les services rendus.

« Demandent :

« 1° A ce que l'Administration ait plus de bienveillance à l'égard de ses médecins ;

« A ce que, à l'avenir, les malades du Bureau de bienfaisance reçoivent, de la mairie, l'avis suivant :

« Tout malade ayant envoyé sa lettre au domicile du méde« cin après 4 heures, pourra n'être visité que dans la journée « du lendemain. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur la contagion de la folie, par le Dr Pronier. In-8 de 91 pages. — Genève, librairie Henri Stopelmohr. Prix : 2 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 14 AU 20 AOUT 1892

Fièvre typhoïde, 19. — Variole, 0. — Rougeole, 20. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 22. — Grippe, 0. — Phtisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 30. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë et chronique, 21. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 53. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 250. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 42. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 12. — Total 1077.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 36 — 3 septembre 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DU DIAGNOSTIC ET DE PRONOSTIC DES RÉFLEXES TENDINEUX.

Par John Ferguson,
De l'Université de Toronto (États-Unis d'Amérique).

Ce serait un travail intéressant et important d'étudier l'évolution de nos connaissances sur le réflexe du genou, le phénomène du genou, le réflexe du tendon patellaire. Ce n'est point cependant le but de cet article. Je me propose de réserver entièrement mes observations aux caractères du réflexe patellaire qui peuvent avoir une valeur pronostique ou diagnostique. Incidemment, il sera fait mention du réflexe du pied ou clonus tibio-tarsien et des réflexes des autres tendons, mais comme les phénomènes des réflexes profonds peuvent être étudiés le mieux à propos du réflexe du genou, c'est ce dernier auquel j'accorderai l'attention la plus grande.

La physiologie des réflexes tendineux a été et est encore le sujet de vives controverses. Erb, Joffroy, Schultze, Brissaud, Gowers et autres prétendent qu'ils ont un caractère réflexe et une origine spinale, tandis que, d'autre part, Waller, Westphal, Ziehen et autres soutiennent qu'ils sont dus à une excitation mécanique du muscle déterminée par le choc produit sur le tendon. Cependant, en examinant de près ces deux hypothèses opposées, on peut se rendre compte qu'il n'existe pas entre elles une différence aussi grande qu'il semblerait au premier abord. Ceux qui prétendent que le réflexe patellaire est dû à l'excitation mécanique du muscle, admettent que l'état d'irritation musculaire, qui amènent une contraction musculaire par suite du choc sur le tendon, est dûe à son tour à un stimulus provenant de la moelle épinière. On voit donc que l'espace qui sépare les deux partis opposés n'est pas très considérable. Ma façon de voir sur les réflexes tendineux, ainsi que je l'ai exprimée dans le *New-York medical Record* du 28 novembre 1891 et dans l'*Alienist and Neurologist* de janvier 1892, est absolument d'accord avec celle de Bastian, celle de Bowlby, de Jackson ; le tonus musculaire est dû aux connexions normales et intégrales avec le centre spinal ; ce dernier reçoit son stimulus du cervelet et reste maintenu dans des limites précises par le cerveau, inhibition cérébrale. Tout dérangement dans cet appareil dynamique pourra immédiatement amener des perturbations dans le mécanisme des réflexes tendineux ; il en pourra résulter leur insuffisance, leur exagération ou même leur abolition. Un tel dérangement peut être d'origine locale ou générale. L'opinion de Gowers, qui pense qu'il existe un état de tonus musculaire commandé par les centres spinaux et que la tension des fibres musculaires, subitement accrue par le choc porté sur le tendon, les amène à répondre immédiatement à ce choc par une contraction, est correcte à n'en pas douter. Cela étant admis, j'espère démontrer maintenant que ces centres spinaux sont à leur tour sous la dépendance du cerveau et du cervelet, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure.

Quand le rôle du cerveau est aboli par la détermination d'une hémorrhagie, le développement d'une tumeur, l'existence d'une lésion dégénérative, ou encore quand il est annihilé à la suite d'un paroxysme épileptique, l'irritabilité musculaire augmente et les réflexes tendineux sont exagérés. C'est là un fait que j'ai pu observer nettement dans un cas que j'ai eu entre les mains il y a quelque temps. Il s'agissait d'un jeune homme ayant contracté la syphilis plusieurs années avant que j'eusse à le soigner. Quand je l'examinai, il souffrait évidemment de lésions consistant en un épaississement des méninges, lequel produisait la compression de l'aire rolandique droite et déterminait ainsi une paralysie motrice complète du côté gauche. Les réflexes tendineux du côté paralysé étaient manifestement accrus. Sous l'action du traitement le malade guérit parfaitement. Nous avons donc ici un cas où l'influence inhibitoire du cerveau avait disparu sous l'effet de la compression. Le cerveau n'agissant plus sur les centres spinaux, ceux-ci étaient devenus le siège d'une activité trop grande ; il en était résulté l'exagération des réflexes tendineux. Le fait qu'il y a eu guérison complète de la paralysie motrice et la restauration des conditions normales du réflexe patellaire prouve, sans l'ombre d'un doute, qu'il n'y avait pas eu dans ce cas, la moindre dégénérescence des tractus pyramidaux. L'existence de l'exagération des réflexes tendineux coïncidant avec l'absence de contracture et de rigidité musculaire, m'avait amené à porter un pronostic favorable et à exclure la possibilité d'une dégénérescence des tractus pyramidaux. Cette opinion fut entièrement confirmée par l'évolution du cas sous l'influence du traitement.

Dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, les réflexes tendineux peuvent être affaiblis ou abolis à la condition que l'apoplexie se soit faite brusquement. Si le sang s'épanche avec rapidité et en quantité considérable, il peut se produire sur le système nerveux un degré de choc suffisant pour abolir tout tonus musculaire et déterminer, au moins pour un temps, une paralysie d'un type absolument flaccide. On ne peut attribuer aucune valeur pronostique spécifique à l'absence des réflexes tendineux profonds dans de pareils cas, la cause réelle de l'abolition des réflexes tendineux dépendant plutôt du siège et de la soudaineté de l'hémorrhagie que de son caractère extensif. Dans la grande majorité des cas d'hémorrhagie cérébrale, les réflexes réapparaissent bientôt, et dans les quelques cas où ils restent absents, il est probable que la compression porte également sur le cervelet. Que la compression du cervelet soit assez considérable pour arrêter son influence tonique sur les centres spinaux, les réflexes tendineux ne se manifesteront plus, aussi longtemps que la compression elle-même durera. Si l'hémorrhagie s'est faite primitivement dans le cervelet, quand bien même il n'existe pas d'hémiplégie, il se produit très certainement, soit une diminution, soit une abolition des réflexes tendineux, et un état de relaxation musculaire se rapprochant plus ou moins de la condition de paralysie flaccide. Dans les hémorrhagies cérébrales, le réflexe du genou revient bientôt et même devient plus fort que normalement. Dans les hémorrhagies cérébelleuses, le réflexe du genou est absent ou diminué en force. Que les lésions déterminées par une telle hémorrhagie soient permanentes, et le réflexe patellaire sera perdu d'une façon permanente. Que, d'autre part, le caillot sanguin comprimant le cervelet soit résorbé, le réflexe peut revenir à nouveau, et même s'exagérer, pourvu qu'il existe une lésion cérébrale qui, par elle-même seulement, serait capable de déterminer l'exagération des réflexes tendineux.

Dans les tumeurs du cervelet, le réflexe du genou manque généralement. La dimension et le siège de la tumeur jouent dans ce cas un rôle des plus importants. Si la compression exercée par la tumeur sur le cervelet est suffisante pour annihiler l'influence du cervelet sur la moelle, de telle façon que celle-ci n'en reçoive plus son stimulus ordinaire, le réflexe patellaire est absent.

Dans mon article sur le réflexe du genou, publié dans le *Medical Record* du 28 novembre 1891, j'appelai l'attention sur le fait que ce phénomène était entièrement absent dans un cas de tumeur cérébelleuse observé dans mon service; j'exposai alors les raisons qui me semblaient exister pour l'explication réelle de l'absence du réflexe, tout en commentant en même temps l'opinion de Gowers sur ces cas. Depuis la publication de cet article, j'ai pu observer un autre exemple net de tumeur du cervelet. Il existait une titubation cérébelleuse très marquée, et, en même temps, une absence complète du réflexe du genou. Osler, dans un travail récent, remarque, à la page 846, que « l'incoordination cérébelleuse n'a qu'une ressemblance superficielle avec l'ataxie locomotrice; le réflexe patellaire est présent; il n'y a point de douleurs fulgurantes, point de troubles sensoriels; tandis que, d'autre part, il existe des maux de tête, de la névrite optique et des vomissements ». En ce qui concerne le réflexe du genou, tel n'est point le résultat de mon expérience; et dans le cas de diagnostic évident de tumeur intracranienne, l'absence du réflexe patellaire m'amènerait à la localiser dans le cervelet. Dans le cas que j'ai rappelé tout à l'heure, je savais que le réflexe avait été énergique et bien prononcé avant que la tumeur se soit développée dans le cervelet. Nous avons là un bon exemple de réflexe patellaire présent à l'état de santé et disparaissant avec le développement de la tumeur.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE

SUR LE SYSTÈME SANITAIRE ADOPTÉ PAR LA CONFÉRENCE DE VENISE POUR EMPÊCHER LE CHOLÉRA DE PÉNÉTRER EN EUROPE PAR L'ISTHME DE SUEZ (1),

Par P. BROUARDEL.

Jusqu'à ce jour, le système adopté pour préserver l'Europe contre l'invasion des maladies pestilentielles, notamment contre le choléra, a été celui des quarantaines, inauguré à Venise au XVe siècle. On isole les passagers provenant des régions contaminées dans des espaces clos appelés *lazarets* et l'on désinfecte les hardes et les objets suspects par l'aération prolongée ou par des vapeurs considérées comme douées de propriétés désinfectantes.

Ce système apporte de grandes entraves au commerce et soumet les voyageurs à une séquestration incommode et parfois prolongée. Dès que la navigation est devenue plus rapide, et surtout dès que le tonnage des navires a augmenté, les difficultés d'application se sont multipliées. On peut retenir dans un lazaret trente ou quarante passagers débarquant d'un bateau à voiles; il est presque impossible d'être organisé pour isoler mille ou douze cents personnes, pour les surveiller, les nourrir dans des conditions acceptables.

Des récriminations de plus en plus violentes se sont élevées contre le système quarantenaire. Des conférences sanitaires successives se sont réunies pour l'améliorer, à Paris, en 1851; à Constantinople, en 1866; à Vienne, en 1874; à Rome, en 1885. Toutes ont échoué. Celle de Venise, réunie en janvier 1892, a réussi. Depuis dix jours la convention est revêtue de la signature de tous les ministres plénipotentiaires des puissances européennes. Il ne manque plus que la ratification définitive.

C'est le système préconisé par les délégués français MM. Barrère, ministre plénipotentiaire, Proust, Catelan et moi qui a été adopté à Venise. Avec M. Rochard, nous en avions déjà défendu à Rome, en 1885, les parties principales.

Je désire résumer devant l'Académie les principales conditions de l'accord intervenu, car la convention a pour base les récentes conquêtes de l'hygiène.

Il est établi que les germes du choléra sont contenus dans les déjections des malades, dans les linges souillés, que ces germes y conservent une vitalité très longue, qui parfois a dépassé un an.

Au lieu d'attendre que le temps, l'air, le soleil les aient

(1) Académie des sciences, séance du 20 juin 1892.

fait périr, nous voulons que ces germes soient rapidement et effectivement détruits, avant de pénétrer en Europe. Nous possédons, pour opérer cette destruction, des étuves à désinfection par la vapeur sous pression, dont l'efficacité a été expérimentalement démontrée par le Comité d'hygiène, et pratiquement, il y a deux ans, lors de l'épidémie de choléra en Espagne. Nous avons à cette époque, à la frontière des Pyrénées, désinfecté le linge des voyageurs, retenu dans des maisons d'isolement les cholériques et les suspects : le choléra n'a pas pénétré en France.

Depuis six ans, M. Proust et moi, assistés par M. Nicolas, directeur au ministère du Commerce, puis par M. Monod, directeur au ministère de l'Intérieur, avons demandé que les navires aient à bord un médecin et une étuve à désinfection, de façon que tous les objets susceptibles d'être souillés soient désinfectés pendant la traversée, avant l'arrivée au port.

C'est ce système qui a triomphé à Venise.

Lorsque les délégués français se sont rendus à la conférence, ils ne se dissimulaient pas les difficultés de la situation.

Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie, créé par Méhémet-Ali, comprenait neuf membres égyptiens, qui, alliés aux représentants de l'Angleterre, formaient la majorité et accordaient depuis plusieurs années aux navires de telle ou telle puissance un laisser-passer à peu près absolu, tandis qu'ils appliquaient aux autres les prescriptions édictées par les règlements sanitaires. Il en résultait pour la navigation des diverses nations une inégalité désastreuse au point de vue des intérêts commerciaux de quelques-unes d'entre elles et un véritable danger pour la santé publique.

Pour modifier les règlements et le Conseil chargé de les appliquer, il nous fallait obtenir dans la conférence l'assentiment unanime des puissances. En 1885, à Rome, la Grande-Bretagne était, sur ces questions, restée seule en présence de dix-huit autres puissances, mais comme son commerce représente les 80 pour 100 de la navigation totale du canal de Suez, comme sa position politique en Égypte lui assure une influence prépondérante, sa résistance avait suffi pour faire échouer les résolutions votées par toutes les autres puissances.

Enfin, la base des délibérations de la conférence de Venise était fixée dans un protocole, signé par la Grande-Bretagne et l'Autriche-Hongrie, dont la teneur était ainsi formulée :

Les bâtiments anglais, à destination d'un port du Royaume-Uni, infectés ou non, seront libres de passer le canal de Suez en quarantaine, sous les trois conditions suivantes et sans aucune détention quarantenaire :

1° Arraisonnement du navire;

2° Présence de deux gardes sanitaires à bord pour empêcher tout contact entre le bâtiment et les personnes ou objets se trouvant sur les bords du canal;

3° Avertissement télégraphique adressé aux puissances, les prévenant que tel navire transite le canal en quarantaine.

D'après le protocole austro-anglais, les navires ayant même des cholériques à bord auraient donc pu traverser le canal de Suez et entrer dans la Méditerranée.

Nous avons démontré que le passage en quarantaine du canal de Suez était impossible. Le canal est étroit. Un certain nombre de chauffeurs sont pris à Ismaïlia, à Port-Saïd, pour compléter l'équipage des navires se rendant dans l'extrême Orient. Au retour, ces chauffeurs débarquent dans ces ports. C'est ainsi, d'après les rapports des Drs Koch et Mahé, qu'est née l'épidémie cholérique de 1883 en Egypte. Les navires sont obligés de faire leur charbon à Port-Saïd. Enfin, souvent il y a des échouements, des ensablements des navires dans le canal; dans ces cas, le personnel du bord ne suffit pas, il faut faire appel à des aides étrangers. Les contacts sont donc impossibles à empêcher dans le canal. L'Égypte serait constamment menacée et quand le choléra sévit en Egypte, la Méditerranée est bientôt envahie.

Nous avons fait remarquer, de plus, que le passage en quarantaine ne pouvait être accordé aux navires d'une seule puissance, que nous ne pouvons accepter que le régime de l'égalité absolue pour tous les pavillons.

A cette convention, si pleine de périls pour la santé publique, la délégation française a réussi à faire substituer l'obligation de ne laisser passer par le canal de Suez que les navires indemnes ou ceux qui auraient été complètement désinfectés, soit pendant la traversée, soit avant leur entrée dans le canal.

Voici le résumé de cette convention : Les navires venant de l'extrême Orient qui, depuis le point de départ, n'auront eu aucun accident cholérique à bord, recevront libre pratique immédiate.

Les navires sur lesquels il y a eu des cas de choléra pendant la traversée, mais aucun cas nouveau depuis sept jours, s'ils ont un médecin et une étuve à bord, pourront passer le canal en quarantaine, parce que, si un nouvel accident survenait, le médecin pourrait ordonner les mesures de désinfection nécessaires. Les navires de cette catégorie qui n'ont ni médecin ni appareil de désinfection seront retenus avant l'entrée dans le canal, aux sources de Moïse, où seront appliquées les mesures de désinfection.

Les navires infectés ayant des cas de choléra à bord ou ayant eu des cas de choléra depuis sept jours, seront arrêtés aux sources de Moïse, les malades seront débarqués et isolés. On désinfectera le linge sale, les objets à usage, les vêtements, ainsi que le navire.

Si le navire a un médecin et une étuve, certaines facilités pourront être accordées, mais sous la condition qu'il abandonne à l'établissement sanitaire des sources de Moïse, ses cholériques et ses suspects.

Pour assurer l'exécution de ces mesures, la conférence de Venise a reconstitué le Conseil sanitaire d'Alexandrie. Le nombre des représentants de l'Égypte a été réduit de 9 à 4, de façon qu'aucune puissance, en s'alliant aux délégués égyptiens, ne puisse imposer sa volonté prépondérante.

La station sanitaire des sources de Moïse comprendra quatre médecins européens, des étuves, dont une placée sur ponton, destinée, en accostant le navire infecté, à hâter les opérations de désinfection, un hôpital d'isolement de 12 lits, disposé de façon que les malades, les suspects, les hommes et les femmes soient isolés les uns des autres.

Les conditions du transit à travers le canal ont été rigoureusement déterminées.

Des règlements annexés à la convention ont fixé les diverses mesures à prendre dans toutes les hypothèses imaginables.

Tel est l'ensemble du nouveau régime sanitaire que la

délégation française a réussi à faire adopter par l'unanimité des puissances européennes. Cette convention est la première acceptation internationale de la réforme quarantenaire que le Comité d'hygiène poursuit depuis sept ans, mais celle-ci ne sera complète que lorsque les nations européennes se seront organisées de façon à substituer, à l'ancien procédé quarantenaire vexatoire et incertain, celui qui comporte un outillage plus scientifique et plus sûr dans ses résultats.

La délégation française, en faisant accepter ces propositions, est convaincue qu'elle a mis l'Europe à l'abri de la pénétration du choléra par la voie de Suez; elle a émis le vœu que des conventions analogues soient appliquées au golfe Persique et aux frontières de l'Inde et de la Russie.

Elle pense qu'en donnant ainsi satisfaction aux nécessités de l'hygiène elle n'a porté que des entraves bien faibles à la liberté des communications et du commerce. Il résulte, en effet, des relevés dressés par le Conseil d'Alexandrie, que, en cinq ans, sur 16.000 navires qui ont traversé le canal de Suez, d'après le système adopté, 28 auraient subi un arrêt de quelques heures pour être soumis aux opérations de désinfection, et 2 un arrêt de quelques jours.

La protection de la santé de l'Europe vaut bien ce léger sacrifice.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE L'AUTOMATISME CHEZ LE PARALYTIQUE GÉNÉRAL (1),

par MM. les Drs LÉON AZOULAY FÉLIX REGNAULT.

Ce symptôme se présente souvent chez le paralytique général à la période confirmée quand survient l'affaiblissement de l'intelligence. Si, prenant sans mot dire le bras du malade on le met en l'air, ce dernier le laisse un certain temps dans cette position. Il restera ainsi de deux à dix minutes, puis il l'abaissera brusquement d'ordinaire. Pour bien réussir, il faut examiner le malade quand il est tranquille. Il serait mauvais, par exemple, de le déranger de son repas pour cet examen, car manger est la chose à laquelle les paralytiques généraux tiennent le plus. Mauvais également de les faire venir au parloir, en leur disant que le médecin les y attend, car ils sont émus, bien que même dans ces cas on puisse réussir. Le mieux est de passer dans la salle des malades escorté de l'infirmier; sur un signe convenu à l'avance, ce dernier, sans brusquerie et comme s'il exécutait un acte normal, élèvera les bras du malade. On évitera ainsi l'objection qui se présente que le malade peut garder cette attitude dans la pensée que le médecin la lui impose pour son examen.

Du reste si, après une première expérience, on dit au malade : « Pourquoi êtes-vous resté ainsi, je ne vous avais pas dit de garder la main en l'air »; il répondra d'ordinaire : « Je n'en sais rien, » mais n'en persistera pas moins à garder de nouveau la même attitude si l'on recommence.

Ce symptôme nous paraît surtout intéressant au point de vue psychologique, mais moins à celui clinique, car il ne se produit qu'à la période confirmée; il n'est pas constant. On ne l'observe pas en deux cas principaux :

(1) Soc. de biologie, séance du 30 juillet 1892.

1° Si le malade est dans une période d'excitation, il ramènera de suite le membre à sa position première; on sent, du reste, quand on a saisi le membre, la résistance immédiate du malade à se laisser faire. Il pourra même se regimber et demander qu'on le laisse tranquille. S'il est atteint du délire de persécution il peut y voir une attaque et avoir peur.

Nous avons vu une malade présenter de l'automatisme, et, une période d'excitation survenant, ne plus l'offrir.

2° A la dernière période, quand les malades sont gâteux, l'automatisme est exceptionnel, le bras retombe.

C'est ce qui explique comment il se fait que dans certains services qui abondent en paralytiques généraux, on puisse difficilement retrouver ce signe; soit que le service se compose surtout de paralytiques à la dernière période, soit qu'il ne contienne que des excités au début de leur internement, ceux ci passant plus tard dans d'autres services. Nous l'avons trouvé le plus fréquemment chez les paralytiques généraux de nos hôpitaux et dans la clientèle civile; il existait alors dans une bonne moitié des cas.

3° Il faut enfin tenir compte de l'élément parétique, qui peut nécessiter un effort voulu et conscient de la part du malade pour tenir la main dans l'attitude du serment. On comprend alors que la main retombe, et cependant le malade est automate. Si, en effet, on met la main sur la tête, grâce à cet appui, le malade gardera cette position. Si encore on les joint dans l'attitude de la prière, cette position est aussi gardée, les deux membres se fatiguent moins de la sorte.

La durée du phénomène *automatisme* est très variable, et c'est ce qui lui donne son intérêt.

Tantôt le malade ne conserve la main étendue qu'une demi-minute à une minute, et l'abaisse presque aussitôt, ou bien quelquefois il gardera la position un temps court, et d'autres fois non. Généralement, il la garde de trois à huit minutes; il peut l'abandonner si on vient à attirer son attention sur un fait, ou si on lui cause. Mais, d'autres fois, il la garde même dans la conversation, et rien n'est comique comme de voir un malade causer avec vous, parfois raisonnablement, en gardant sa main ainsi levée. D'ordinaire, le bras s'abaisse brusquement.

On observe de la sorte toutes les gradations de l'automatisme jusqu'à la catalepsie. Dans ce dernier cas, le malade garde la position dix minutes à un quart d'heure, puis, la fatigue survenant, le membre s'abaisse peu à peu par secousses lentes, comme on a coutume de l'observer dans les phénomènes hystériques.

A ce degré, l'automatisme a été observé dans bien des maladies nerveuses, et les Allemands qui, avec Kahlbaum, ont voulu faire de ce signe une entité morbide, lui ont donné le nom de catatonie, celle-ci serait donc partout caractérisée par des phénomènes cataleptiformes chez des malades mentaux.

La catatonie ou catalepsie a été signalée principalement dans les cas de mélancolie avec stupeur; on l'a notée dans les états dégénératifs avec délire, et en dehors du délire, dans l'imbécillité chez les épileptiques, dans l'intoxication par l'alcool et par le haschich (un cas de Battaglia), enfin dans la paralysie générale même. On l'a même rencontrée chez les hystériques à l'état de veille.

Nous inclinerions à penser que l'automatisme est

l'ébauche des phénomènes cataleptiformes, puisqu'on observe tous les degrés de l'automatisme jusqu'aux attitudes cataleptiques proprement dites.

Un point difficile est de démêler la cause psychique de l'automatisme.

Ce n'est pas une idée fixe; car les sujets chez qui on l'observe répondent aux questions, et passent assez facilement d'une idée à l'autre.

Ni la démence, puisque, quand cette dernière est complète, l'automatisme n'existe plus. Du reste, l'intelligence est affaiblie chez les dégénérés, les idiots, les arriérés, et ils n'ont pas d'automatisme.

Ce serait plutôt l'aboulie ou la faiblesse de la volonté qui laisse les malades exécuter tous les actes qu'on leur commande, fût-ce les plus stupides. Ainsi, dites à un malade de montrer ses organes génitaux, il le fera sans hésiter. Il ne faut cependant pas s'en tenir au terme « aboulie », car la volonté n'est pas une entité, mais un choix raisonné entre plusieurs solutions dont celle qui paraît la meilleure est suivie.

Chez le paralytique général, les idées arrivent lentement au cerveau; il y a diminution sur la *quantité des idées*. Aussi s'il fait un acte, il pourra le répéter à satiété, sans avoir la pensée de passer à un autre. Si on met son membre en extension, il le laissera dans cette attitude, la pensée ne lui venant pas de le ramener à la flexion, ou ne lui venant qu'après un certain temps pendant lequel le membre restera dans la position donnée. Cette explication rattacherait l'automatisme aux symptômes cataleptiformes. Chez l'hystérique, en effet, la volonté n'existe plus, on introduit dans sa cervelle toutes les idées qu'on veut, rien d'étonnant alors que l'automatisme arrive à sa perfection.

Enfin dans la catatonie chez les mélancoliques avec stupeur, la genèse des phénomènes cataleptiformes n'est pas sensiblement différente. Ici le malade n'est pas sans idée comme l'hystérique, ni à idées lentes comme le paralytique général, mais il a une idée fixe, d'une fixité si absorbante que rien n'existe en dehors d'elle. Il ne prendra donc pas garde à la position qu'on donne à un de ses membres, et par suite n'emploiera pas sa volonté à la changer.

R. P... (Sainte-Anne). Paralysie générale au début. Parle couramment, ne bredouille que légèrement; l'esprit paraît sain, marche bien.

On lui lève le bras une première fois, il le garde dans la position donnée deux minutes; la deuxième, il ne le garde pas, la troisième fois il le garde, et comme on lui en fait le reproche: « Je croyais bien faire », dit-il. Et une quatrième fois, il le garde encore.

C..., 33 ans. Parole très prise. État très avancé. Ne garde pas la position qu'on lui donne les deux premières fois, il la garde la troisième.

E... Est très excité. Il résiste quand on veut lui mettre la main dans l'attitude du serment; et la ramène immédiatement.

B... Est très atteint. Bredouille. A un fort tremblement et de la parésie. Il ne garde pas la main dans l'attitude du serment, mais si on lui fait joindre les deux mains dans l'attitude de la prière, il reste ainsi.

M..., 42 ans. Tremblement, hésitation de la parole. A des idées ambitieuses. L'idée du « moi » est exclusive. Il est très agité et se remue beaucoup. Il ne garde pas l'attitude quand on le laisse parler. Mais si on lui dit de se tenir tranquille et de ne pas parler, il obéit alors; si, cette tranquillité obtenue, on dit à l'infirmier qui se trouve derrière lui, de lui soulever le bras, ce dernier reste, mais peu de temps, une à deux minutes, dans la position donnée; le malade, ne pouvant garder plus longtemps son calme, ramène le bras dans un geste qu'il fait en se remettant à causer.

R..., 46 ans. Très agité. Ne garde pas l'attitude.

M... *Idem*.

L... Très agité. Menace souvent ses voisins. Si on veut lui élever le bras, le retire brusquement en disant: « Laissez-moi donc tranquille. »

B... Mélancolique avec stupeur.

Garde aussi longtemps qu'on veut la main levée. Si on lui demande pourquoi, il répond: « Je ne sais pas »; et malgré qu'on lui dise qu'il a tort, il gardera de nouveau la position donnée et autant de fois qu'on essaiera, l'automatisme se produira.

M... Garde une fois sur quatre environ sa main, une à deux minutes; le plus souvent il la ramène.

S... A de la parésie. Aussi son bras retombe-t-il; mais, si on lui met la main sur la tête, il gardera cette position.

B... Femme p. gén., avait de l'automatisme à son entrée à Saint-Anne; mais est maintenant excitée; et elle profère des menaces quand on veut lui prendre la main.

B..., C..., B..., etc., dans la dernière période, déments et gâteux, laissent retomber leurs mains.

B..., ouvrier à Paris. Travaille en ville où je l'ai vu, n'est pas allé à l'hôpital. Exerce encore la profession de maçon malgré sa maladie, mais de temps en temps a des crises épileptiformes qui l'arrêtent. A du bredouillement de la parole et de violents maux de tête.

Il garde son bras dans l'attitude donnée comme un cataleptique. Au bout de dix minutes, il le laisse tomber peu à peu et par de lentes oscillations.

Néanmoins, il n'est pas hystérique, n'en a aucun symptôme, et j'ai essayé en vain de l'endormir ou de le suggestionner.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

RÉGÉNÉRATION EXPÉRIMENTALE DE LA PROPRIÉTÉ SPOROGÈNE CHEZ LE BACILLUS ANTHRACIS QUI EN A ÉTÉ PRÉALABLEMENT DESTITUÉ PAR LA CHALEUR (1).

Par M. C. Phisalix.

Dans une précédente communication, j'ai montré que, sous l'influence de la chaleur et dans certaines conditions, on pouvait faire disparaître, d'une manière durable, la propriété sporogène du *Bacillus anthracis*. Depuis, j'ai étudié le mécanisme de cette modification et j'ai reconnu, comme M. Chauveau l'a déjà démontré pour l'atténuation, que c'est à l'action combinée de la chaleur et de l'air et à l'oxydation lente du protoplasma qu'il faut attribuer la chaleur et de l'air et à l'oxydation lente du protoplasma perte de la propriété sporogène; dans l'air raréfié à 20 millim. environ, la chaleur seule est impuissante à produire ce résultat et les cultures, ainsi privées d'air,

(1) Académie des Sciences, 30 mai 1892.

faites à 42°, d'après la méthode que j'ai indiquée antérieurement, meurent au bout de 8 à 10 générations. Mais, tant qu'elles sont fécondes, elles donnent naissance à des cultures charbonneuses riches en belles spores dont l'atténuation est plus ou moins grande.

La privation d'oxygène a donc pour résultat, en ce qui concerne la propriété sporogène, de contrebalancer l'action de la chaleur et de conserver au protoplasma ses propriétés reproductrices. Dans ces conditions, on pouvait avec raison se demander si l'emploi du vide imparfait ne favoriserait pas le retour de la sporulation, chez la bactéridie rendue asporogène par l'action combinée de la chaleur et de l'air.

J'ai donc, tout d'abord, essayé ce moyen.

Expérience. — Une culture charbonneuse, restée asporogène après deux passages par la souris, est réensemencée le 7 avril 1892 dans un tube à vide, d'où l'on extrait rapidement l'air à l'aide de la pompe à mercure. Au bout de quatre jours de séjour dans l'étuve à 30°, elle est réensemencée dans deux matras à fond plat où le bouillon est étalé en couche mince. L'un des matras est laissé à l'air et l'autre transvasé de nouveau dans un tube à vide où l'on raréfie l'air. On procède ainsi pendant sept générations successives. Or toutes les cultures obtenues avec une semence ayant végété dans l'air raréfié sont restées asporogènes.

D'après ces faits et contrairement aux prévisions, l'action de l'air raréfié semble plutôt défavorable qu'utile à la réapparition des spores. Il fallait donc avoir recours à d'autres procédés. On sait que dans le sang des animaux morts du charbon et exposé à l'air, la sporulation du *Bacillus anthracis* a lieu très rapidement. D'autre part, j'ai constaté que les premières cultures rendues asporogènes par la chaleur redevenaient quelquefois sporogènes après avoir passé par le cobaye, surtout quand l'ensemencement était fait avec un *léger excès de sang*. La voie était donc tout indiquée pour de nouvelles expériences. Elles ont pleinement réussi.

Voici comment elles ont été exécutées :

« Le bouillon ordinaire de culture est étalé en couche mince, dans des matras à fond plat, et est additionné de quelques gouttes de sang frais de cobaye sacrifié à cet effet. Les matras sont mis à l'étuve pour être éprouvés ; ils y séjournent jusqu'à l'ensemencement. Dans ces conditions, la composition du bouillon subit des modifications qui se traduisent à l'œil par une coloration de plus en plus foncée, ces modifications, loin d'être nuisible à l'effet cherché, semblent plutôt en favoriser l'apparition. Ce milieu est éminemment favorable à la sporulation. Des cultures, restées asporogènes depuis plusieurs mois et pendant plusieurs générations, réensemencées dans ce bouillon spécial, sont redevenues sporogènes, souvent dès la première génération.

La bactéridie qui, dans l'expérience rapportée plus haut, avait été soumise, sans succès, à l'action de l'air raréfié, fut ensemencée dans ce nouveau milieu : elle redevint sporogène dès la première culture. Bien plus, le vide imparfait, dans ces nouvelles conditions, n'empêche plus le retour à la sporulation.

C'est donc bien à la présence du sang ou de ses produits de décomposition dans le bouillon, qu'est due la modification nouvelle et le retour à la faculté sporulative. Déjà, M. Chauveau a montré toute l'importance de cet agent pour la restitution de la virulence à la bactéridie dégénérée. Il y aurait donc, sous ce rapport, entre la fonction reproductrice et la fonction virulente, un rapprochement inattendu.

Comment et par quel mécanisme l'addition de sang au bouillon favorise-t-elle le retour de la propriété sporogène ? C'est là un problème qui, en raison de sa complexité, exige des recherches approfondies. Mais si nous ne pouvons pas, dès maintenant, pénétrer dans le mécanisme intime de la modification, du moins, nous pouvons indiquer, dans ses grands traits, la marche et l'enchaînement du phénomène. On sait que, dans le mycelium chauffé à 42°, apparaissent des corpuscules réfringents dont M. Chauveau a, le premier, bien déterminé la nature et la genèse ; ce sont les pseudo-spores ou spores rudimentaires. Or, ces spores rudimentaires se montrent dans toutes les cultures devenues asporogènes, le plus souvent avec l'aspect et les caractères des spores atténuées ; si ce n'était la différence de résistance à la chaleur, on pourrait facilement les confondre. Il arrive fréquemment que les cultures additionnées de sang ne résistent pas, au début, à l'épreuve du chauffage à 65°, pendant quinze minutes, tandis qu'elles le supportent très bien ultérieurement, et cependant aucune différence sensible, relativement aux caractères des spores, n'était appréciable au microscope.

Il semble donc qu'il y a, entre les vraies et les fausses spores, une relation étroite et qu'elles ne diffèrent, en réalité, que par la plus ou moins grande résistance à la chaleur, résistance qui peut augmenter ou diminuer suivant les conditions de vie et de nutrition du microbe.

En résumé, la propriété sporogène, de même que la virulence, est susceptible de varier dans des limites très étendues, et ces variations sont entièrement subordonnées à la nature et aux conditions du milieu où prolifère le microbe.

BACTÉRIOLOGIE

NOTE SUR LA VACCINATION DU LAPIN CONTRE LE *vibrio avicide* (GAMALEIA) ET SUR L'ACTION CURATIVE DU SÉRUM DE LAPIN IMMUNISÉ CONTRE L'INFECTION PAR LE *vibrio avicide*,

par M. I. Bruhl (1).

Nous extrayons des recherches que nous poursuivons depuis un certain temps dans le laboratoire de M. le professeur Straus quelques faits relatifs à des tentatives de guérison de l'infection par le vibrio avicide : il s'agit ici encore d'une application de la méthode des injections avec le sérum d'animaux immunisés.

Nos essais ont été faits avec du sérum de cobayes, animaux qu'il est facile de rendre réfractaires à cette infection, et avec du sérum de lapin. Mais ici nous nous trouvions en présence d'une difficulté, celle de vacciner le lapin.

On se souvient que M. Gamaleïa reconnaît qu'il n'a pu vacciner le lapin, animal peu sensible aux toxines du vibrio, par l'injection sous-cutanée des vaccins chimiques.

(1) Société de biologie, 16 juillet 1892.

Après un certain nombre d'essais, nous avons obtenu la vaccination du lapin par la méthode des injections intra-veineuses de cultures stérilisées à des doses qui variaient entre 2 et 10 centimètres cubes. A la suite de ces injections l'animal maigrit, mais ne meurt pas; il semble s'accoutumer même à ce traitement, et paraît moins impressionné par les injections ultérieures que par les premières. On remarque alors que l'animal résiste à des doses considérables de culture virulente. Mais pour obtenir un sérum actif, il vaut mieux préparer l'animal en lui injectant à intervalles plus ou moins rapprochés des doses progressivement croissantes.

Le lapin, on le sait, est un animal naturellement résistant au vibrio avicide; il était donc indiqué de chercher si le sérum de lapin normal avait des propriétés curatives.

Le sérum de cobaye nous a donné des résultats négatifs; il est vrai d'ajouter qu'il est difficile de se procurer une quantité notable de sérum et celui que nous avions recueilli était teinté en rouge par l'hémoglobine (circonstance défavorable à l'étude de son pouvoir curateur.)

Dans nos expériences avec le sérum de lapin, nous avons constamment étudié parallèlement les effets du sérum d'animal vacciné et du sérum normal sur le cobaye. Celui-ci est très sensible au vibrio avicide; avec une injection sous-cutanée de trois gouttes de la culture dont nous nous servons d'ordinaire, on a la presque certitude de voir l'animal succomber à la septicémie vibrionienne en douze à vingt heures. Il s'agit donc d'une infection à marche très rapide.

Nous avons cherché à nous rendre compte à la fois du pouvoir vaccinal et curateur du sérum de lapin immunisé. Voici comment nous avons procédé :

Un premier cobaye reçoit une injection de 5 centimètres cubes de sérum, soit sous la peau, soit dans le péritoine. Le lendemain, on fait à deux autres cobayes une injection de la même quantité de sérum à l'un sous la peau, à l'autre dans le péritoine. On avait injecté, un quart d'heure auparavant, à ces trois cobayes, ainsi qu'à un quatrième, qui devait servir de témoin, trois gouttes (dose mortelle) d'une culture vivante de vibrio avicide.

Nous opérions ainsi, sur deux séries de trois cobayes : l'une des séries est traitée par le sérum de lapin normal, l'autre par du sérum d'animal immunisé.

Les cobayes traités par le sérum normal sont morts en même temps que le témoin ou après une courte survie; il faut faire exception pour un cobaye qui avait reçu le sérum vingt-quatre heures avant la culture vivante et qui a résisté quelques jours.

Les cobayes traités par le sérum d'animal immunisé ont tous guéri; on peut employer le mot *guéri*, car ils avaient tous présenté les premiers phénomènes de la maladie vibrionienne (empâtement et œdème au point d'inoculation).

Dans une autre série d'expériences, les résultats ont été moins nets, quoique nullement contradictoires; il est vrai que le sérum que nous avions recueilli était fortement teinté en rouge. Tous les animaux traités par le sérum normal sont morts en même temps que le témoin; des cobayes traités par le sérum curateur, un seul a guéri, un a présenté une survie de douze heures, le troisième est mort à peu près en même temps que le témoin.

Nous croyons pouvoir tirer de ces expériences les conclusions suivantes :

Le sérum du lapin normal n'a ni pouvoir vaccinant, ni vertu curative.

Le sérum d'un lapin immunisé est à la fois vaccinant et curateur.

Il n'est pas sans intérêt de signaler la curabilité par cette méthode d'une infection septicémique à marche aussi rapide et à issue aussi constamment fatale.

REVUE DES JOURNAUX

UN CAS MORTEL AYANT ÉVOLUÉ SOUS LES DEHORS DU CHOLÉRA ASIATIQUE, par le Dr P. FURBRINGER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 34, p. 768.)

L'observation dont nous allons rendre compte offre un intérêt exceptionnel qui n'échappera pas à nos lecteurs. Elle concerne le premier cas d'affection cholériforme à marche foudroyante, ayant évolué sous les traits du choléra morbus, observée à Berlin, depuis que cette capitale est menacée d'une nouvelle invasion du fléau d'origine asiatique, observation complétée par un examen bactérioscopique inattaquable.

Aux yeux de beaucoup de médecins, la question des rapports du choléra nostras et du choléra asiatique n'est pas encore résolue. Pour les bactériologues, la solution de cette question est très simple : Appartiennent au choléra asiatique les cas d'affections cholériformes qui se présentent chez des malades dont les déjections renferment le bacille virgule tel qu'il a été décrit et caractérisé par R. Koch, et doivent être rattachés au choléra indigène, les cas où l'examen des déjections des malades, pratiquée avec toutes les garanties d'exactitude exigibles, aboutit à un résultat négatif. Dans le cas de M. Fürbringer, un pareil examen, fait, sous la direction et par les assistants de R. Koch, a démontré, en même temps que l'absence du bacille virgule type, la présence d'un bacille incurvé, à caractères morphologiques spécifiques. Est-on autorisé à conclure de là, comme on l'a fait à Berlin, que si le cas en question, considéré en lui-même, a présenté une ressemblance parfaite avec le choléra asiatique et une marche également foudroyante, il offre cependant une gravité infiniment moindre, au point de vue des dangers de la contagion et de la dissémination? Pour trancher cette question, il nous paraît indispensable de faire appel au concours de l'observation clinique, pratiqué sans préjugés et sans parti pris. Or, il est à craindre que ce concours ne trouve à s'exercer dans des conditions particulièrement favorables, étant donné l'état sanitaire actuel de certains pays de l'Europe, qui peut se résumer en ces termes : Menaces d'importation du choléra d'origine asiatique, dans des localités où sévissent, depuis des semaines, des affections cholériformes que l'on considère comme nées sur place. On trouvera ainsi l'occasion de décider si, comme la chose est très vraisemblable, des cas pathologiques offrant entre eux une ressemblance parfaite de symptômes, différent essentiellement quant à leur origine et quant aux dangers de dissémination épidémique, ou si ce danger dépend moins de la nature du germe morbifique que des conditions de milieu ambiant, ce mot étant pris dans son sens le plus étendu. Ces réflexions faites, voici une relation fidèle de l'observation de M. Fürbringer.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 52 ans, d'une bonne santé habituelle, qui était occupée à laver du linge dans l'après-

midi du 3 août dernier, lorsque, subitement, elle fut prise de crampes dans les mollets, de tiraillements dans le bas-ventre, de vomissements, de diarrhée, tout cela sans cause apparente. Cette femme affirmait, notamment, qu'elle n'avait pas commis le moindre écart de régime. L'enquête la plus minutieuse, faite par son médecin habituel, n'avait rien fait découvrir qui autorisât le soupçon d'une intoxication d'origine alimentaire ou autre.

Dans le courant de l'après-midi du 3 a[illegible]femme avait en de huit à dix selles, et quatre autres pendant la nuit suivante. Les matières rendues en très grandes quantités par le bas étaient liquides, presque complètement décolorées et inodores, mélangées de lambeaux jaunâtres. La malade tomba dans un état d'apathie de plus en plus prononcé, sa voix devint voilée et plus aiguë, sa figure s'allongea, la peau devint froide et cyanosée. On la transporta à l'hôpital.

Au moment de son entrée, elle était dans un état de profonde prostration; elle avait le corps froid, cyanosé, le pouls imperceptible, et il semblait qu'elle était sur le point de succomber. La peau, couverte d'une sueur froide, formait des plis rigides. Les yeux étaient enfoncés, cerclés de noir, erraient dans l'espace. La malade ne pouvait plus répondre aux questions qu'on lui posait. Les bruits du cœur étaient sourds, les battements accélérés, un peu arythmiques. Légère dypsnée. Température rectale 38°,4. Les muscles des mollets étaient rétractés; par moment les doigts et les lèvres étaient agités par de légères secousses. Les cornées étaient troubles. La vessie ne contenait pas d'urine.

Prescription: Injections sous-cutanées de camphre, vin chaud; cognac. Frictions avec la teinture d'essence de moutarde. Enveloppement dans des couvertures chaudes. Applications de boules d'eau chaude.

Dans la suite, le pouls est redevenu perceptible (80). La malade demanda à boire; elle se souleva sur son lit, se plaiguant d'avoir mal à la tête. Plus de selles, plus de vomissements. On aspira hors du rectum un peu de liquide légèrement jaunâtre, ressemblant à de la salive, et mélangé de flocons clairs, qu'on fit parvenir à l'Istitut d'hygiène, pour le soumettre à un examen en règle.

Malgré l'emploi continu des excitants, la malade tomba de nouveau dans une prostration profonde. Température rectale 36°, puis 35°, 1. La malade succomba à 9 heures du soir, c'est-à-dire sept heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie (5 août, 10 heures du matin). Dans les parties déclives du corps la peau était parsemée de taches d'un bleu livide. La face était livide également, les yeux enfoncés dans les orbites. Le sang, de couleur foncée, n'avait pas la teinte du jus de myrtille. Sur des coupes provenant des lobes inférieurs des poumons, on découvrait des zones hémorrhagiques d'un rouge noirâtre. Des taches semblables se voyaient à la surface du cœur. La séreuse abdominale était fortement injectée, lisse, brillante. La muqueuse du jéjunum était succulente, parsemée par places d'ecchymoses semblables à des piqûres de puces. Contenu liquide, abondant, trouble, jaunâtre, sans beaucoup de mucosités. En outre, la muqueuse était tapissée par une masse solide, disposée en petits flocons jaunâtres. La muqueuse était plutôt pâle, brillante. L'aspect de l'iléon correspondait à peu près à celui du jéjunum; toutefois les follicules solitaires étaient fortement tuméfiés; ils atteignaient jusqu'au volume d'un grain de millet. Une partie seulement des plaques de Peyer participaient à cette tuméfaction, et quelques-unes présentaient des sugillations. Dans toute son étendue le gros intestin contenait une grande quantité de liquide ayant l'aspect d'une soupe à la farine, dans laquelle on aurait délayé un œuf. Même aspect de la muqueuse et de l'appareil folliculaire que dans l'intestin grêle. L'estomac, fortement distendu par des gaz, contenait une petite quantité de liquide jaunâtre, trouble. La muqueuse était légèrement pâle; sugillations dans le voisinage de la grande courbure, avec petits dépôts floconneux adhérents.

A noter encore la présence de quelques ecchymoses à la surface de la muqueuse vaginale, et d'un caillot de sang dans la cavité utérine, près de l'entrée de la trompe gauche.

L'examen microscopique du contenu de l'intestin a fait découvrir des bacilles incurvés et des bacilles en forme d'S, de mêmes dimensions que les bacilles virgules de Koch. Pas de traces d'arsenic dans ce contenu.

En somme, fait remarquer M. Fürbringer, voilà un cas qui au double point de vue clinique et anatomo-pathologique présente la plus grande ressemblance avec le choléra asiatique, et où dans le contenu de l'intestin l'examen microscopique fait découvrir des bacilles incurvés. On conçoit dès lors avec quelle impatience on attendait les résultats des essais de culture, faits en lieu compétent avec le contenu de l'intestin de la malade en question. Or ces essais ont abouti à la constatation de spirilles à caractères morphologiques particuliers, distincts à la fois du bacille virgule de Koch et du bacille de Finkler. En outre, les cultures de ce bacille donnaient la réaction du rouge du choléra.

Donc, à en juger par les résultats de cet examen bactériologique fait sous la direction de Koch, cette première victime berlinoise d'une affection cholériforme à marche foudroyante a succombé à une attaque de choléra nostras, de choléra indigène. Telle a été, nous l'avions dit déjà dans les réflexions du début, la conclusion de M. Fürbringer.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CAUSES DES LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES DE LA HANCHE; LEUR TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE SANGLANTE, par M. DENNETIÈRES. Th. Paris.

Une luxation de la hanche peut devenir irréductible, si elle est récente, soit parce que la partie intacte de la capsule oppose une résistance aux tractions et empêche la réduction, parce que l'étroitesse relative de la déchirure par laquelle l'os s'est échappé est une cause d'étranglement, parce qu'un des lambeaux de la capsule s'interpose et empêche la réduction, soit aussi parce que les muscles se contracturent on constituent des boutonnières à la tête fémorale; si elle est ancienne l'irréductibilité peut être la conséquence de déformations de la cavité cotyloïde, d'obstacles constitués par l'interposition de la capsule entre la tête et la cavité, par le rétrécissement cicatriciel de la déchirure capsulaire, par la rétraction totale de la bourse capsulaire déshabitée.

Le traitement qu'il convient d'appliquer tant pour les luxations récentes que pour les luxations anciennes est l'arthrotomie qui devra toujours être pratiquée par la voie antérieure. Les obstacles ligamenteux et musculaires seront levés, la cavité cotyloïde, si besoin, est agrandie, et la réduction tentée. En cas d'insuccès la résection de la tête fémorale en se don-

nant largement du jour au moyen d'une seconde incision rejoignant la première en V à pointe inférieure, comme l'a fait Mac-Cormack, restera la suprême ressource.

De diverses formes de l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et quelques indications sur leur traitement, par M. Mirovitch. Th. Paris.

L'ostéomyélite aiguë infectieuse, comme toutes les suppurations franches, peut être produite par plusieurs sortes de microbes par le staphylocoque, par le streptocoque, par le pneumocoque, par le bacille typhique. L'ostéomyélite à staphylocoque laisse voir le microbe, sous les quatre variétés ci-après: aureus; albus; aureus et albus associés; aureus et albus mélangés de streptocoques. L'ostéomyélite à streptocoques a pour origine l'erysipèle, la fièvre puerpérale, en un mot toutes les maladies dans lesquelles se rencontre le streptococcus. L'ostéomyélite à pneumocoque présente comme caractéristique une évolution très rapide, causant des désordres considérables, avec tendance à cicatrisation, à réparation lente. L'ostéomyélite à bacille typhique débute insidieusement, passant généralement inaperçue et évoluant ordinairement sans grande élévation de température, par des douleurs moins vives au début, mais pouvant devenir excruciantes, par ce fait typique enfin que l'état du malade en convalescence ne s'améliore pas, que sa faiblesse et son amaigrissement vont au contraire progressant considérablement. Dans toutes ces formes l'infection suppose une porte d'entrée, une solution de continuité des téguments par laquelle les microbes ont fait irruption dans le courant sanguin.

Le traitement chirurgical de l'ostéomyélite devra varier suivant les formes observées. Tandis que l'ostéomyélite à staphylocoque et à streptocoque exige une intervention hâtive avec incision large et trépanation osseuse, l'ostéomyélite à pneumocoque ayant tendance à réparation prompte malgré les désordres provoqués par son évolution rapide se prête moins à une action précipitée et c'est à peine si l'ostéomyélite à bacille typhique caractérisée dans la plupart des cas par l'absence d'exsudat, de séquestres, exige à peine une légère incision.

Le travail de M. Mirovitch est des plus recommandables; il mérite d'être lu par tous ceux que l'étiologie et la thérapeutique de l'ostéomyélite peut intéresser.

Etude sur l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou, par M. Cordillot. Th. Paris.

L'arthrectomie, ou destruction des parties molles articulaires est une opération sans gravité sous le couvert d'une rigoureuse antisepsie. Elle se trouve parfaitement indiquée dans certains cas de tumeurs blanches, quand la synoviale est seule atteinte. Chez les enfants, comme il peut exister des foyers épiphysaires, leur grattage, c'est-à-dire l'ostéo-arthrectomie, devra être pratiquée; celle-ci permettra d'éviter les raccourcissements plus ou moins considérables consécutifs à cette dernière. L'ankylose sera recherchée après toute arthrectomie.

C'est dans le service de son maître, M. Richelot, que l'auteur a recueilli les sept intéressantes observations qui servent de base à son substantiel mémoire.

Ch. Amat.

MÉDECINE PRATIQUE

Mixture diurétique.

Acide benzoïque...........	7 gr.
Sulfate de morphine........	0 06
Extrait fluide de buchu........	30 — ââ
Sirop composé de genièvre.....	

Dissou[redacted] mêler; prendre une cuillerée à thé dans un peu d'eau.

(G. A. Stein. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

Benzoate de soude........	2 gr. ââ
Salicylate de soude........	
Extrait fluide de belladone......	II gouttes
Eau de cannelle........	125 gr.

Dissoudre et mêler.

Prendre une cuillerée à café 4 ou 5 fois par jour. Contre l'incontinence d'urine des enfants.

(J. Blake White. *The Times and Register*, 11 juin 1892.)

Otorrhée.

Acide borique..............	10 grammes.
Glycérine............	30 —
Eau...........	30 —

En instiller une quantité suffisante pour remplir le canal auditif. Répéter cette opération 3 ou 4 fois par jour.

(J. Lewis-Smith. *Philadelphia med. News*, 2 avril 1892.)

Traitement des pediculi pubis.

On peut appliquer topiquement l'onguent suivant sans avoir à craindre la salivation:

Hydrargyre ammoniacal.......	2 gr. 25.
Baume du Pérou........	4 grammes.
Huile de pétrole........	10 —
Lanoline, Q. S. pour faire..	250 —

(Whitla, *Philadelphia med. News*, 2 avril 1892.)

BULLETIN

Les maladies de la dentition. — A propos de l'épidémie cholérique.

Allons-nous voir renaître la discussion récemment inaugurée devant l'Académie, au sujet des accidents liés à la dentition? On pourrait le croire si l'on en juge d'après l'insistance avec laquelle certains maîtres, d'ailleurs pourvus d'une autorité incontestée, font revenir cette question à l'ordre du jour. C'est ainsi que l'un d'eux, M. le Dr Magitot, est venu l'autre jour affirmer à nouveau son opinion et contester, encore une fois, l'existence de ce que l'on appelle couramment les *maladies de la dentition*. Si l'on se rappelle l'opposition qui s'est élevée parmi les membres de l'Académie, lors de sa première communication sur ce sujet, on peut prévoir que cette négation réitérée suscitera des contradicteurs, tous plus ou moins attachés aux doctrines traditionnelles et désireux de maintenir une pathogénie qui, pour nombre d'entre eux, est restée la base d'une pratique à laquelle ils ne semblent guère disposés à renoncer.

Il nous est difficile de prendre parti dans un débat qui relève spécialement, sinon exclusivement, du domaine de la

pathologie infantile. Cependant nous ne pouvons nous empêcher de constater que M. Magitot se renferme un peu trop dans une négation pure et simple, et qu'il ne paraît pas se préoccuper suffisamment de la nécessité de substituer une interprétation meilleure à celle dont il a si délibérément fait table rase dans ses récentes déclarations. M. Olivier a bien proposé la théorie de l'origine hystérique, pour expliquer certains accidents observés chez les enfants coïncidemment avec l'évolution dentaire : mais ce n'est là qu'une simple hypothèse qui, *à priori*, ne saurait s'appliquer à tous les cas. D'un autre côté, il est certain que le cadre des maladies attribuées à la dentition a été démesurément agrandi, voire même amplifié au-delà de toute vraisemblance par des maîtres imbus d'un préjugé dont l'origine assurément n'a rien d'exact ni de scientifique. En réalité, rien de plus disparate que le groupe des états morbides englobés sous cette rubrique banale des *accidents de la dentition*. Entre certains de ces soi-disant accidents, on ne trouve aucune analogie, ni aucune ressemblance, voire même rien de commun. Les tentatives de rapprochement vis-à-vis de quelques-unes ne peuvent aboutir qu'à une assimilation forcée, factice, et dès lors invraisemblable.

Ainsi les convulsions et la diarrhée, qui figurent habituellement au premier rang dans cette énumération, représentent en réalité deux symptômes tout à fait distincts, sans lien apparent prochain ou même éloigné, et ce n'est que par un effort de raisonnement que l'on peut les présenter comme les effets d'une même cause. De même pour les troubles respiratoires et pour les modifications de la nutrition générale chez l'enfant, deux ordres de faits très différents que l'on impute volontiers à la même origine. On pourrait citer encore bien d'autres exemples qui feraient ressortir le défaut de logique et les contradictions inhérents à l'ancienne théorie contre laquelle M. Magitot a déclaré si ouvertement s'inscrire en faux.

Doit-on croire pour cela que l'influence pathogénique de l'évolution dentaire est nulle et qu'il y aura lieu désormais de retrancher de la pathologie de l'enfance tous les troubles qui lui sont imputés ? Ce serait aller un peu vite, mais il n'en est pas moins vrai qu'une revision et un remaniement de cette question sont devenus nécessaires. En médecine, moins que dans toute autre science, on n'a le droit de maintenir et de perpétuer des opinions erronées, sous prétexte qu'elles ont pour elles la sanction des croyances populaires et l'appui de la tradition. A ne considérer que ce point de vue purement critique, l'intervention de MM. Magitot et Ollivier aura rendu un véritable service en montrant l'insuffisance de nos connaissances sur un sujet qui a pu paraître longtemps, mais à tort, un sujet parachevé et définitivement épuisé.

La propagation de l'épidémie cholérique est la principale question du jour, celle qui domine et qui fait oublier la plupart des autres. Les dangers que cette épidémie fait courir à la santé publique expliquent suffisamment l'importance qu'elle a su prendre dans nos préoccupations, en l'espace de quelques semaines. Pour l'instant, nous sommes à nous demander si les cas observés à Paris depuis une quinzaine sont simplement des cas isolés, sporadiques, sans lien nécessaire avec la maladie qui a pris naissance récemment à l'est de la Russie : ou bien s'il s'agit d'une véritable épidémie, et si la capitale de la France et la France elle-même sont menacées d'une invasion qui ferait cesser l'immunité relative dont elles jouissent depuis près d'un quart de siècle vis-à-vis d'une maladie réputée particulièrement meurtrière. A l'heure présente, la réponse est difficile, et on ne saurait sans témérité préjuger du lendemain. Néanmoins, sans vouloir faire ici acte de pessimisme, on est autorisé à concevoir des craintes que l'observation de certains faits récents justifie suffisamment. C'est d'abord cette circonstance que le mal emprunte des voies de pénétration qu'il n'est pas facile de fermer : par exemple, les ports de mer où les exigences de la navigation commerciale rendent à peu près illusoires toutes les tentatives d'isolement et de désinfection. L'épidémie locale qui décime en ce moment la population du Havre tient vraisemblablement à une contagion opérée par cette voie, et il est à craindre que la circulation si active entre Paris et notre grand port de l'ouest ne favorise la propagation de ce premier foyer. Doit-on chercher à se rassurer en invoquant la bénignité du mal et en prétextant d'une distinction plus ou moins théorique entre l'*entérite cholériforme*, nom donné intentionnellement aux cas observés récemment chez nous, et la maladie asiatique ? Ici nous avons le droit de faire des réserves, que justifie trop bien l'observation calme et exacte des cas relevés durant cette dernière quinzaine.

En effet, s'il est vrai que la plupart de ces cas ont été bénins, légers, au point de mériter réellement l'appellation ci-dessus, il n'est pas moins certain que nombre d'entre eux ont présenté tous les caractères du choléra confirmé. Même absence de prodromes, même brusquerie du début, même symptomatologie et malheureusement même terminaison funeste. Les rapports des médecins chargés des services spéciaux, confirmés par notre expérience personnelle, ne nous permettent guère de conserver de doutes sur ce point. Au besoin, nous pourrions citer des exemples, et citer tel ou tel cas observés dans un hôpital du centre, où la maladie a évolué entièrement en moins des vingt-quatre et même douze heures. Il est vrai que ces faits constituent jusqu'à présent la petite minorité, et qu'ils ont pour contre-partie les cas incontestablement plus nombreux où l'affection cholériforme s'est affirmée dès le début avec une bénignité qui autorisait par avance à formuler un pronostic favorable. Toujours est-il que nous devions tenir compte de ces deux séries de faits, dont l'apparition simultanée n'autorise guère de prévisions relativement à l'extension et à la gravité de la maladie actuelle. Du reste, si l'on se place à un certain point de vue, on peut encore espérer que le mal s'éteindra sur place, on qu'il se limitera spontanément. En effet, il paraît bien établi que jusqu'à présent l'affection cholériforme a frappé de préférence les classes inférieures, indigentes, celles où se recrutent précisément les individus misérables, débilités, qui sont par avance les victimes désignées de toutes les hétacombes épidémiques. Dès lors, il est permis de croire que les classes mieux partagées, que les gens mieux dotés sous le rapport de la fortune, de l'aisance et de l'hygiène échapperont à l'influence nosologique régnante. Si peu démocratique et égalitaire que puisse paraître cette constatation, elle se présente cependant avec un certain degré de vraisemblance. Aussi nous n'hésitons pas à la relever ici, mais plutôt à l'adresse des gens du monde qu'à celle des médecins qui n'ont pas les mêmes motifs pour se payer de mots, et pour d'entretenir des illusions peu justifiées par les faits.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Le choléra.

Le choléra continue à se propager, l'Allemagne est de plus en plus atteinte. Il en est de même de la Belgique. En présence des dangers de plus en plus grands qui nous menacent, le comité de direction des services sanitaires, composé de MM. Brouardel, Monod et Proust, s'est réuni d'urgence afin de prendre les mesures contre l'invasion de l'épidémie. Ces mesures ont été soumises au ministre de l'intérieur.

Le décret suivant vient de paraître à l'*Officiel* :

Article 1er. — Toute personne entrant en France par les frontières du Nord et de l'Est, de Dunkerque à Delle inclusivement, est tenue de déclarer à la frontière, aux autorités chargées de recevoir cette déclaration, la commune dans laquelle elle se rend.

Elle est, en outre, tenue de présenter au maire de cette commune, dans les vingt-quatre heures de son arrivée, le passeport sanitaire qui lui aura été remis à la frontière.

A Paris, cette présentation du passeport sanitaire devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art. 2. — Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs entrés en France dans les conditions prévues à l'art. 1er, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

Art. 3. — Tout maire auquel aura été faite, conformément aux articles 1 et 2, la déclaration d'arrivée d'un voyageur devra faire visiter ce voyageur pendant un délai de cinq jours au minimum à partir du jour de l'entrée de ce voyageur en France ou en Algérie. S'il survient quelque accident suspect, et notamment de la diarrhée, le maire devra faire visiter le voyageur par un médecin. En cas d'impossibilité, il en référera au préfet ou au sous-préfet par les voies les plus rapides.

Art. 4. — Le voyageur est tenu de subir les visites prescrites par l'article précédent.

S'il vient à se rendre dans une nouvelle commune avant l'expiration du délai de cinq jours, il est tenu de faire une nouvelle déclaration conforme à celle prescrite par l'article premier.

Art. 5. — Le voyageur empêché par un motif quelconque, de se rendre dans la commune désignée par lui aux autorités sanitaires de la frontière est tenu, dans les douze heures de son arrivée, de le déclarer au maire de la commune où il s'arrête. Le maire fera procéder aux visites prescrites par l'article 3.

Art. 6. — La déclaration à la mairie de tout cas suspect d'être un cas de choléra est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur en médecine ou officier de santé qui en a constaté l'existence, pour le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade et pour toute personne qui le logerait.

A Paris, cette déclaration devra être faite à la préfecture de police ou aux mairies.

Art. 7. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des drilles et chiffons, ainsi que des objets de literie tels que matelas, couvertures, etc., venant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 8. — Est interdite jusqu'à nouvel ordre l'importation en France des fruits et légumes poussant dans le sol ou au niveau du sol et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 9. — Les dispositions du présent décret sont applicables aux personnes et aux objets entrant dans un des ports de la France ou de l'Algérie et provenant de Russie, d'Allemagne ou de Belgique.

Art. 10. — Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1882, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs, quiconque aura contrevenu en matière sanitaire aux ordres des autorités compétentes.

Art. 11. — La loi du 3 mars 1822 et le présent décret seront publiés et affichés dans toutes les communes du territoire de la République.

Les ministres de l'intérieur et des finances, le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, les Drs Netter et Thoinot, auditeurs au comité consultatif d'hygiène publique de France, les préfets, les maires de France et d'Algérie sont délégués, conformément à l'article 1er de la loi du 3 mars 1882 pour assurer l'exécution du présent décret.

Note adressée par la préfecture de la Seine aux médecins-inspecteurs des écoles du département (1).

L'apparition d'accidents cholériformes dans la banlieue et à Paris impose à l'Administration le devoir de prendre les mesures préventives nécessaires pour arrêter les progrès de cette épidémie.

Dans ces circonstances, l'Administration s'est particulièrement préoccupée de l'hygiène des écoles primaires, où sont réunis de nombreux enfants et qui peuvent facilemet devenir un foyer épidémique.

Trois points sont spécialement à examiner :

1° Les locaux scolaires ;

2° L'alimentation des enfants ;

3° La surveillance des enfants et les premières mesures à prendre en cas de symptômes suspects.

I. — *Locaux scolaires.*

Les instituteurs devront faire arroser fréquemment les classes, préaux, vestibules, escaliers, etc., avec un liquide désinfectant.

Les classes et préaux devront, en outre, être aérés d'une façon permanente par l'ouverture de toutes les baies, dès que les enfants quittent les salles et surtout pendant la nuit.

Quant aux cabinets d'aisances, en dehors des désinfections exécutées par le service spécial, ils devront être lavés avec soin, de manière qu'aucune souillure ne séjourne jamais sur les sièges ou sur le sol.

M. l'architecte de la commune devra être invité à visiter tous les établissements d'enseignement et à signaler d'avance à la municipalité les travaux qu'il reconnaitra nécessaires pour faire disparaître, autant que possible, les causes d'insalubrité.

(1) Cette note est la reproduction, sauf de légères modifications prescrites par le Conseil d'hygiène, d'instructions envoyées en 1884.

II. — *Alimentation des enfants.*

Les enfants devront, antant que possible, user de préférence des eaux de sources.

Dans les écoles où l'on ne peut se procurer ces eaux, on devra se servir pour la boisson des enfants d'eau préalablement bouillie la veille, et, s'il y a lien, légèrement acidulée ou alcoolisée.

L'emploi de liquides trop froids doit être rigoureusement proscrit.

Les instituteurs devront recommander aux enfants de ne pas abuser des fruits, et surtout des fruits non mûrs, et de ne faire aucun excès de nourriture et de boisson.

III. — *Surveillance des enfants et premières mesures à prendre en cas de symptômes suspects.*

Enfin les instituteurs devront surveiller l'état de santé des enfants de façon à constater, aussitôt que possible, tout commencement de diarrhée et à éloigner immédiatement l'enfant qui en serait atteint; c'est là surtout que devra s'exercer la vigilance des instituteurs et des institutrices.

Au moindre symptôme inquiétant, les instituteurs devront renvoyer l'enfant chez ses parents avec un billet signalant la nature de son indisposition, et faire procéder immédiatement à la désinfection des cabinets d'aisances en y faisant jeter du sulfate de cuivre (1).

De plus, afin que la mairie et le médecin-inspecteur soient tenus au courant de la situation sanitaire de chaque école, les directeurs et les directrices, dès qu'un enfant aura été renvoyé à ses parents pour cause de dérangement intestinal, devront de suite en donner avis par un double bulletin adressé :

1° A la mairie; 2° au médecin-inspecteur de l'école, qui auront, dès lors, à veiller d'une manière toute spéciale sur l'établissement où l'indispostion se sera produite.

Dès aujourd'hui, d'ailleurs, la surveillance de MM les médecins-inspecteurs devra s'exercer plus étroitement qu'auparavant; et, dans ce but, ils auront à apporter plus de vigilance encore que par le passé pour assurer l'exécution des prescriptions de l'arrêté réglementaire du 10 juillet 1879 sur l'organisation de l'inspection médicale.

Leur premier soin, au reçu de la présente note, sera de procéder immédiatement à une visite aussi prompte que possible de tous les établissements de leur circonscription. Ils devront renouveler désormais cette visite dans chaque établissement *au moins deux fois par mois.*

A la suite de chaque visite, MM. les médecins-inspecteurs devront adresser au maire de la commune un rapport sommaire sur les conditions sanitaires de l'établissement visité, notamment au point de vue des menaces d'épidémie de choléra. Dans le cas où un instituteur aurait signalé des indices de choléra, le médecin-inspecteur devra immédiatement se rendre dans l'école où ces symptômes se seraient produits, afin de nous proposer d'urgence les mesures à prendre.

Lorsque le médecin-inspecteur aura constaté un cas cholérique dans une école, il devra prévenir immédiatement le maire de la commune ainsi que l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire.

En ontre, et dans tous les cas, à partir de ce jour, MM. les maires de chaque commune auront à faire parvenir à la Préfecture de la Seine (direction de l'enseignement), toutes les semaines, dans la journée de samedi, un bulletin sommaire contenant en regard de l'indication de chaque école, primaire ou maternelle, un renseignement précis sur la situation sanitaire de l'établissement.

Si, parmi les précautions indiquées ci-dessus il en est quelques-unes, comme l'achat des matières désinfectantes, qui peuvent donner lieu à des dépenses supplémentaires, l'Administration compte, pour les couvrir, sur le concours de la Caisse de l'école et du Conseil municipal de chaque commune, qui sauront certainement proportionner leurs sacrifices aux exigences d'une situation exceptionnelle.

(1) La Commission est d'avis qu'on mette à la dispostion du public des paquets de sulfate de cuivre de 25 grammes, portant une inscription indiquant l'usage qu'on doit en faire. Ils serviront à préparer des solutions faites en dissolvant deux paquets par litre d'eau et des solutions faibles en en dissolvant un seul par deux litres d'eau. Les solutions faibles (12 grammes par litre) seront utilisées pour le lavage de la figure et des mains et la désinfection du linge non souillé; les solutions fortes (50 grammes) serviront à désinfecter les déjections (matières de vomissements et matières fécales) et le linge souillé.

NOUVELLES

École de médecine navale de Bordeaux. — Voici la liste par ordre alphabétique des candidats reconnus admissibles aux épreuves orales du concours pour l'admission à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

1° *École annexe de Brest.* — MM. Bussière, Coulogner, Degloote, Donnart, Frostin, Hennequin, Lamy, Lecomte, Marchand, Marsin, Roche et Thomas.

2° *École annexe de Rochefort.* — MM. Bardet, Bec, Bouffard, Boutellier, Brachet, Chemin, Coudayras, de la Barrière, Delabaude, de Nicolas du Plantier, Deschamps, Donarre, Dubruel, Guitard, Morin, Nielsen, Rousseau, Ruais, Vallet et Vialet.

3° *École annexe de Toulon.* — MM. Augier, Aynès, Bernal, Bernard, Bessière, Boyer, Contaut, Dor, Escande de Messière, Fraissinet, Guiol, Laborde, Lanteaume, Lucciardi, Massoni, Mathis, Maurras, Pannetier, Parazols, Renault, Rencurel, Rolland, Roquemaure, Sambuc, Spire, Valmyre et Vizerie.

Les examens oraux ont commencé à Brest le 1er septembre et se continueront successivement à Rochefort et à Toulon à des dates qui seront fixées ultérieurement par le président du jury du concours.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 21 AU 27 AOUT 1892

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 10. — Scarlatine 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 26. — Affections cholériformes, 98. — Phtisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 201. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 28. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 39. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 12. — Total : 1068.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

GYNÉCOLOGIE

DE LA CASTRATION COMME TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES DANS LES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par MM. Charrier et Cazenave
Internes du Dr Pozzi

Pendant l'année 1890, nous avons eu l'occasion, à l'hôpital Lourcine-Pascal, de faire quatre fois l'ablation des annexes comme traitement indirect des corps fibreux de l'utérus. Malgré la gravité exceptionnelle de l'un d'entre eux, les suites opératoires ont toujours été des plus simples et une très grande amélioration en a été la conséquence.

Observation Ire. — *Petit corps fibreux de l'utérus; hémorrhagies graves; ablation des annexes; guérison.*

T... (Philomène), 46 ans, entrée le 3 juin 1890, salle Pascal.

Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : réglée à 14 ans, toujours régulièrement; se marie à 28 ans; première grossesse neuf mois après; deuxième grossesse à 32 ans: présentation de l'épaule, suivie de métrorrhagie ayant duré trente-quatre jours; troisième grossesse à 35 ans.

Début de la maladie il y a deux ans, à la suite d'un effort. Sensation de pesanteur dans les lombes, pertes de sang à la suite desquelles les règles cessent d'être régulières; la malade perd sans cesse, néanmoins, entre le 8 janvier et le 8 mars la malade n'a pas perdu. Le 21 mars, nouvelle perte qui la force à entrer à l'hôpital, où elle est examinée par M. Picqué pour la première fois. Cet examen donne les résultats suivants : rien à la palpation simple. A la palpation combinée avec le toucher, on trouve un gros col, un allongement de la lèvre antérieure; l'utérus est dévié en arrière et à gauche. En enfonçant profondément la main abdominale à gauche au-dessus de l'aine, on trouve une tumeur dure, arrondie, qu'on suppose n'être autre chose que l'utérus hypertrophié. Au spéculum, col gros, non ulcéré. Hystéromètre, 9 centimètres. Amélioration de la malade par le repos. Elle quitte le service le 5 avril mais revient le 3 mai. M. Pozzi l'examine : confirme ce qui est écrit plus haut et trouve sur le fond de l'utérus un fibrome faisant saillie dans le cul-de-sac latéral gauche. Hystéromètre, 11 centimètres. La malade étant toujours sous le coup de nouvelles hémorrhagies qui l'empêchent de travailler, réclame un traitement qui la débarrasse de cette menace perpétuelle. M. Pozzi propose la castration.

Le 17 juin 1890, la malade est endormie et l'examen fait sous le chloroforme confirme les données précédentes.

L'opération est pratiquée le même jour. Incision sur la ligne médiane de 8 centimètres; les annexes sont amenées au dehors et enlevées sans que l'opération ait présenté aucune particularité. Pendant l'opération, M. Pozzi, en explorant l'utérus, constate la présence du petit fibrome qu'il avait signalé à l'examen. Suites opératoires excellentes. Réunion le huitième jour par première intention. La malade a quitté l'hôpital le 26 juillet, se portant parfaitement bien. Revue au mois d'octobre; les hémorrhagies ne sont pas revenues.

Observation II. — *Petit corps fibreux de l'utérus; hémorrhagies persistantes; ablation des annexes; guérison.*

L... (Mathilde), âgée de 38 ans, entrée le 2 mai 1890, salle Pascal A, lit n° 8.

Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : réglée à 14 ans, régulièrement et abondamment (quatre à cinq jours); mariée à 25 ans; première fausse couche de 4 mois six mois après, pendant l'évolution d'une variole; grossesse un an après, couches normales; pendant le travail, déchirure profonde du périnée. En 1880, la malade fait une chute d'escalier; c'est depuis qu'elle commence à se plaindre de douleurs dans le bas-ventre; elle souffrit cependant pendant quelques mois après son accouchement.

Depuis sa chute, les douleurs augmentent au moment des règles, qui reviennent toutes les trois semaines et durent sept à huit jours.

Depuis trois ans environ tout s'est aggravé; les règles sont devenues très abondantes et s'accompagnent d'expulsion de caillots. Ballonnement du ventre, anorexie, parfois vomissements incoercibles pendant ces métrorrhagies.

Les phénomènes douloureux ont augmenté d'intensité, la marche, la station debout, toute fatigue sont devenues impossibles. C'est alors (2 mai 1890) que la malade entre dans le service de M. Pozzi. Depuis sa dernière métrorrhagie (durée huit jours) elle est très affaiblie et perd en blanc.

1er *Examen* : Culs-de-sac du vagin libres. Col normal, regarde en arrière. Le fond de l'utérus se trouve en arrière de la symphyse et est dirigé en avant. Dans le cul-de-sac latéral droit et au-dessus on sent une tumeur dure qui semble accolée à l'utérus et qu'on ne peut isoler de cet organe.

M. Pozzi diagnostique un petit corps fibreux. L'examen des annexes ne donne aucun résultat.

La cavité utérine est agrandie, l'hystéromètre accuse 9 centimètres. M. Pozzi propose à la malade l'ablation des annexes pour la débarrasser de ses hémorrhagies. Opération le 2 juillet, précédée d'un deuxième examen sous le chloroforme. M. Pozzi constate alors nettement une petite tumeur située au-dessus de l'union du corps et du col. Il confirme le diagnostic de petit fibrome faisant saillie sur la face latérale droite de l'utérus. Les annexes à gauche, paraissent augmentées de volume, mais sans tumeur proprement dite ; beaucoup d'adhérences ; la profondeur du cul-de-sac gauche est diminuée ; à droite on constate également des adhérences.

Opération : Petite incision. On arrive sur les annexes qui sont très adhérentes dans le cul de-sac de Douglas ; on enlève d'abord les annexes du côté gauche et on constate des lésions de salpingite catarrhale.

Les ovaires sont sains des deux côtés.

On procède alors à l'ablation des annexes du côté droit ; mêmes lésions et même libération des adhérences qui semblent plus nombreuses et plus résistantes que du côté gauche.

Il a été possible à ce moment de constater l'exactitude du diagnostic par l'exploration directe de l'utérus. On trouve en effet une tumeur dure, du volume d'une grosse noix et faisant saillie sur le bord droit de l'utérus un peu au-dessus de l'insertion vaginale.

A partir du jour de l'opération jusqu'à la sortie de l'hôpital la malade a toujours eu une température normale. Réunion immédiate. Les hémorrhagies n'ont pas reparu. Janvier 1891.

OBSERVATION III. — *Corps fibreux de l'utérus volumineux ; ancienne péritonite ; adhérences intestinales très fortes ; ablation incomplète des annexes.*

D..., 37 ans, journalière entrée le 27 septembre 1890, salle Pascal A, lit n° 9. Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : à 3 ans le carreau, rougeole ; dyseuterie à 17 ans ; petite vérole en 1871 ; angine en 1883 ; jaunisse et coliques hépatiques en 1885. Réglée à 10 ans 1/2. Première grossesse à 23 ans ; fausse couche, péritonite. Deuxième fausse-couche de sept mois en 1878, à 25 ans. Six semaines après douleurs dans le bas-ventre. La malade avait toujours eu un gros ventre.

Le 16 juillet 1890, brusquement elle est prise de douleurs atroces qui l'obligent à rester chez elle. Elle va à Saint-Antoine le 25, entre dans le service de M. Hanot, qui la traite pour une périmétrite, reste sept semaines dans le service et pendant ce temps elle a des hémorrhagies ; enfin, ayant cessé de perdre et de souffrir, elle quitte Saint-Antoine et revient chez elle le 10 septembre.

Elle entre à Pascal le 25 septembre, ses pertes ayant recommencé avec abondance.

M. Pozzi constate un volumineux fibrome dépassant l'ombilic et paraissant adhérent de toutes parts. Il se propose de tenter, si possible, l'hystérectomie, et, dans le cas où elle offrirait de trop grandes difficultes, de faire l'ablation des annexes.

L'opération ent lieu le 16 octobre.

Après l'ouverture du ventre, on se trouve en présence de l'utérus contenant plusieurs fibromes qui lui donnent un aspect irrégulier. La tumeur est étroitement bridée des deux côtés par son inclusion dans le ligament large et elle offre des adhérences étendues en avant et en arrière. En avant le côlon transverse est comme fusionné avec la surface du fibrome dans une étendue de 15 à 20 centimètres ; il est manifeste que pour le libérer il faudra pour ainsi dire sculpter la tumeur. En arrière, l'utérus fibromateux ne peut être contourné par la main qui rencontre des adhérences très fortes ; en les rompant, on crève une poche de périmétro-salpingite séreuse qui occupait le cul-de-sac de Douglas et contenait environ un grand verre de liquide légèrement teinté de sang. En présence de la gravité que présenterait une hystérectomie, M. Pozzi décide de se borner à la castration. Les annexes sont enfouies de chaque côté dans des adhérences qui rendent leur recherche extrêmement difficile, car elles sont dissimulées dans une sorte de feutrage fibreux où le doigt ne peut les reconnaître. M. Pozzi arrive cependant à grand'peine à enlever l'ovaire du côté gauche ; mais malgré ses efforts et la déchirure violente de nombreuses adhérences, qui donnent issue à beaucoup de sang, il ne peut retrouver ni la trompe gauche ni les annexes droites.

L'hémorrhagie est arrêtée par une compression énergique à l'aide de compresses, éponges chaudes accumulées dans le ventre. Mais pour éviter son retour, on place dans chaque flanc, au niveau où a été faite la recherche des annexes, un sac de gaze iodoformée, que l'on bourre de bandelettes. Ce double tamponnement passe de chaque côté de la tumeur, en arrière de la forte adhérence du côlon qui a été signalée. Les sacs de Mickuliez viennent ressortir immédiatement au niveau de l'union du 1/3 supérieur et 2/3 inférieurs de la plaie abdominale, qui s'étend du pubis à l'ombilic.

Le pansement est changé dans la soirée, il est imbibé de beaucoup de sang.

Le lendemain on renouvelle les bandelettes du tamponnement péritonéal. La plaie donne encore issue à un peu de suintement sanguin pendant deux jours. Les sacs de Mickuliez sont alors retirés et remplacés par une simple lanière de gaze iodoformée. Celle-ci est changée chaque jour et raccourcie jusqu'à ce que la plaie n'offre plus aucune profondeur ; on panse à plat le huitième jour.

La cicatrisation se fait régulièrement sans aucune suppuration. Le point par où sortait le double tamponnement est marqué par une dépression très petite. A aucun moment la malade n'a présenté de fièvre ni d'intoxication iodoformée.

La malade a eu une perte assez abondante deux mois après son opération et se plaint encore de douleurs dans le ventre. Celui-ci a pourtant notablement diminué de volume.

OBSERVATION. IV. — *Petit corps fibreux probable ; énorme varicocèle ; tubo-ovarien ; ablation des annexes ; guérison.*

E..., (Clémence), 32 ans, entrée le 26 août 1890, salle Pascal A.

Réglée à 14 ans normalement ; à 19 ans première grossesse. Depuis quatre autres grossesses normales, la dernière il y a deux ans ; depuis lors irrégularité de menstruation qui retarde ou qui avance. Depuis le mois d'avril 1890 les métrorrhagies sont incessantes, elle reste à peine quelques jours sans perdre. Incapable de tout travail, elle se sent très affaiblie.

Examen le 20 août : Au toucher, col gros, utérus en antéversion, corps volumineux débordant de quatre travers de doigt le pubis paraissant manifestement élargi. Cathétérisme 10 centim. Culs-de-sac libres, latéralement mais en arrière on sent une tumeur arrondie qu'on suppose être un corps fibreux. En présence des hémorrhagies incessantes et de l'augmentation de

volume de l'utérus M. Pozzi diagnostique un fibrome à type métritique; l'on propose la castration qui est acceptée.

Opération le 13 septembre: Incision de 7 centimètres, M. Pozzi trouve l'utérus augmenté de volume mais très régulier. Les ovaires sont gros comme des œufs de poule prolabés dans le cul de-sac de Douglas, c'étaient eux qu'on sentait en arrière et qui avaient été pris pour le corps fibreux; au moment de la ligature du pédicule il remarque l'extrême dilatation des vaisseaux du ligament large qui forment un gros réseau turgescent, violacé, au milieu duquel il trouve avec difficulté un espace libre pour faire passer l'aiguille mousse. L'examen des ovaires à la loupe montre leur tissu comme œdématié et parsemé de plusieurs petits kystes séreux gros comme des grains de chènevis. Il semble que l'organe ait été quadruplé de volume par une sorte d'infiltration gélatineuse. Les trompes sont très congestionnées mais leur pavillon n'est pas oblitéré. Suites opératoires très simples; guérison rapide, par première intention pas de retour des hémorrhagies qui ont cessé immédiatement après l'opération.

RÉFLEXIONS (1). — Les deux premières observations sont des exemples des cas auxquels la castration pour fibromes est le plus particulièrement applicable. Ils appartiennent l'un et l'autre au *type métritique* de l'affection où le principal symptôme est constitué par l'hémorrhagie et les douleurs, tandis que le volume médiocre de la tumeur ne donne lieu à aucun phénomène morbide. Pratiquer alors l'hystérectomie, ce serait faire une opération d'une gravité tout à fait disproportionnée avec l'affection. L'ablation des annexes, au contraire, est ordinairement facile et bénigne; l'expérience a prouvé que, sauf de très rares exceptions, elle empêche le retour des métrorrhagies, on l'a même vue provoquer en même temps que l'atrophie de l'utérus celle des tumeurs qui y étaient contenues.

A côté de ces deux opérations *de choix*, la troisième observation présente un exemple d'une castration *de nécessité*. Ici, le volume relativement considérable de la tumeur, qui pouvait promptement donner lieu à des compressions fâcheuses, eût rendu certainement préférable l'hystérectomie. Mais les difficultés opératoires exceptionnellement graves qu'aurait présentées l'amputation supra-vaginale de l'utérus auraient eu les plus grandes chances d'entraîner la mort. On ne pouvait non plus songer dans ce cas, où l'utérus était bourré de très nombreuses tumeurs de diverses grosseurs, à pratiquer l'énucléation intra-péritonéale, tout en respectant la coque utérine. Il ne restait plus dès lors qu'à profiter de la laparatomie pour enlever les annexes, afin de faire bénéficier la malade d'une ménopause anticipée. La lecture de l'observation a montré en présence de quelles difficultés insurmontables on peut se trouver lorsqu'une ancienne péritonite a tellement soudé les annexes aux organes voisins qu'elles sont devenues tout à fait introuvables. D'autre part, cette observation est instructive au point de vue du tamponnement antiseptique du péritoine comme hémostatique. Ajoutons que malgré le double tamponnement la malade présentait une cicatrice presque linéaire et que chez elle comme chez toutes les malades ayant eu un drainage de Mickulicz en 1890 aucune n'a présenté de suppuration ou de fistule.

Dans l'observation IV, le diagnostic de petit corps fibreux paraissait tout à fait certain avant la laparatomie, fondé qu'il était sur ces trois symptômes caratéristiques: métrorrhagies, augmentation de la cavité utérine, petite tumeur accolée à l'utérus. L'examen des organes après l'ouverture du ventre a montré que la petite tumeur était due à l'ovaire hypertrophié prolabé; de plus, l'existence de l'énorme varicocèle tubo-ovarien est venu rendre compte, jusqu'à un certain point, par la congestion passive, de l'augmentation de volume de l'utérus et des métrorrhagies; il est donc possible, dans ce fait, d'élever quelques doutes sur le diagnostic de fibrome interstitiel, sans toutefois qu'on soit autorisé à le nier. Quoi qu'il en soit, l'ablation des annexes et les ligatures qu'elle nécessite ont produit ici un excellent résultat et constituent assurément le meilleur traitement du varicocèle tubo-ovarien.

(1) Ces réflexions sont extraites textuellement d'une leçon clinique faite par notre cher maître le professeur Pozzi à son amphithéâtre de Lourcine-Pascal (novembre 1890). Leçon inédite recueillie par nous.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DES RÉFLEXES TENDINEUX

Par JOHN FERGUSON,
De l'Université de Toronto (Etats-Unis d'Amérique).

(*Suite*) (1).

Quelle est la relation qui existe entre l'exagération du réflexe patellaire dans les lésions cérébrales et les dégénérescences descendantes qui leur sont consécutives? C'est là une question qui a été longuement discutée et qui n'est pas encore définitivement élucidée. Quelques auteurs pensent que le réflexe du genou ne s'exagère qu'après plusieurs semaines, quand la dégénérescence descendante s'est enfin établie. D'autres, au contraire, croient que ce n'est là qu'une coïncidence et non point une condition. Je me rallie à cette manière de voir. D'abord, nous observons nombre de cas dans lesquels le réflexe du genou s'exagère presque immédiatement, et certainement bien avant qu'il ait pu se produire une dégénérescence descendante. Il n'y a eu jusqu'alors que le temps nécessaire pour que l'inhibition cérébrale sur les centres spinaux ait pu être annihilée; ce fait seul suffit largement pour expliquer l'exagération des réflexes tendineux. En second lieu, nous notons, dans d'autres cas, l'absence des phénomènes du genou chez des malades atteints de tumeurs cérébelleuses. Ici nous trouvons matière à une étude approfondie. Le cerveau possède toujours son action de contrôle sur les centres spinaux, et cependant il n'existe plus de réflexes, à la condition que la maladie cérébelleuse soit assez étendue pour annihiler son influence sur la moelle. Nous avons, en troisième lieu, des cas de lésion transverse de la moelle, dans lesquels, après un long temps, ne réapparaît plus le réflexe patellaire. Je connais un cas qui date maintenant de vingt-deux mois depuis un traumatisme de la moelle exercé au niveau de la sixième vertèbre dorsale, et bien que la paralysie, aussi bien motrice que sensorielle, soit aussi complète que possible, on ne peut retrouver aucun signe de réflexe. Certainement il s'est pro-

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 36.

duit là, depuis longtemps, une dégénérescence des tractus pyramidaux. Quatrièmement, enfin, on a rapporté récemment des cas nouveaux qui tendent à démontrer qu'après des traumatismes cérébraux, les réflexes tendineux s'accroissaient considérablement, le malade mourant trop tôt après le trauma pour qu'il ait pu s'établir une dégénérescence descendante; d'ailleurs on n'en retrouvait point à l'autopsie. De ces faits, nous pouvons arguer sûrement que le réflexe patellaire n'est point dû à l'existence d'une dégénérescence des cordons latéraux; et, d'autre part, de ce qu'il existe une exagération du réflexe, nous ne pouvons déduire qu'il y ait là une sclérose ou une dégénérescence de ces parties de la moelle.

Dans les cas de traumatisme de la moelle, tels que les fractures, les luxations, l'absence du réflexe du genou, surtout après plusieurs semaines, est d'un très mauvais augure. Ce fait indique que la moelle est complètement réduite à l'état de pulpe; en conséquence le pronostic doit ne laisser aucune espérance. Dans tous les cas rapportés par Bastian, Bowlby et Hughlings Jackson, dans lesquels la moelle avait été complètement détruite dans son diamètre transverse, jamais le réflexe du genou n'a reapparu. J'ai observé la même loi dans mes propres cas. Dans un d'entre eux, la moelle avait été détruite par une incurvation angulaire. Il existait une dégénérescence accusée; mais, pendant la maladie, on n'observa aucun signe de réflexe patellaire. L'incurvation siégeait au niveau de la quatrième dorsale, et par conséquent bien au-dessus du centre spinal des réflexes du genou; c'est le cas, mentionné tout à l'heure, d'un traumatisme datant depuis vingt-deux mois sans qu'il y ait eu retour, en quoi que ce soit, du réflexe. Dans un autre cas de luxation, siégeant entre la sixième et la septième vertèbre cervicale, il n'y avait aucun retour du réflexe à la fin de la cinquième semaine, temps plus que suffisant pour que la dégénérescence ait pu s'établir. Dans un autre cas d'hémorrhagie dans la substance même de la moelle, à la région dorsale supérieure, il s'était développé une myélite locale intense. Le malade vécut trois semaines. Il n'y ait ni réflexe du genou, ni clonus du pied. A l'autopsie, on trouva la moelle, au niveau de l'hémorrhagie, complètement ramollie et ne présentant plus aucun des caractères histologiques du tissu médullaire. (Dans deux autres cas que j'ai observé avec mon ami le Dr Gunn, il y avait eu fracture de la moelle, avec perte totale du réflexe patellaire. Le reflexe ne réapparut chez aucun d'eux. Dans l'un des cas, le traumatisme s'était exercé au niveau de la dixième vertèbre dorsale, au niveau de la huitième dans le second.) Dans tous les cas, on peut noter cette loi que, dans une lésion transverse complète de la moelle, le réflexe patellaire est perdu tout aussitôt; et qu'un espace de temps suffisant pour permettre a une dégénérescence évidente de s'établir n'a aucune influence sur le retour du réflexe ou sur son exagération. Dans tous les cas de myélite transverse, d'hémorrhagie de la moelle, de traumatismes médullaires, on doit porter un pronostic défavorable du moment qu'on constate une abolition des réflexes tendineux. Sur ce point, Charcot est très positif, et mes propres observations ne me permettent point d admettre une autre conclusion.

L'on doit apporter un grand soin à l'étude du réflexe patellaire dans tous les cas de myélite transverse. Bastian a appelé l'attention sur la perte de ce phénomène à plusieurs reprises; F. T. Miles a aussi mentionné le même fait. Sur quatre cas de myélite transverse que j'ai observés, le réflexe du genou manquait dans trois, et il ne se produisit pour ces malades aucune amélioration. J'avais d'ailleurs porté un pronostic défavorable en me basant sur son absence. Dans le quatrième cas, le réflexe du genou persistait, et le malade s'améliora considérablement, mais jamais complètement il est vrai. Il resta de la rigidité et de la contracture. D'après cela, et autant qu'il est possible de le faire d'aprés ces matériaux, je dirais volontiers que, dans une myélite transverse avec perte complète du réflexe du genou, le pronostic est extrêmement mauvais. Si, d'autre part, il persiste ou même est exagéré, nous sommes autorisés à avoir un espoir plus grand en ce qui concerne l'amélioration qui paraît devoir se produire. Il doit ressortir, d'un examen soigneux des données, que le degré de myélite qui est suffisant pour intercepter le contrôle cérébral, ou inhibitoire, sur la moelle, alors que l'influx cérébelleux existe encore, n'est pas aussi grand que celui qui intercepterait en même temps l'influx cérébral et cérébel eux. En d'autres termes, il est évident que, pour arrêter le contrôle du cerveau, il est nécessaire d'un degré de myélite moindre que celui qui arrêterait l'action du cervelet dans la production de l'excitabilité réflexe des muscles et leur contraction tonique. Dans les formes légères de myélite, le réflexe patellaire doit probablement persister ou même être accru, tandis qu'il est aboli dans les formes plus graves de la maladie.

Dans toutes les maladies ou dans les traumatismes des aires motrices du cerveau, déterminant une perte de son influence sur la moelle; dans tous les traumatismes et maladies des tractus moteurs, capsulaires, corticaux ou pyramidaux, par suite desquels l'influence du cortex cérébral est disjointe des centres spinaux; dans tous ces cas se développe un état particulier d'excitabilité extrême des réflexes. Dans des affections telles que la paralysie spastique consécutive à quelque lésion des tractus moteurs, la paraplégie spastique primitive, la paralysie spastique cérébrale des enfants, la paraplégie ataxique de Gowers, la sclérose multiloculaire, on retrouve une excitabilité exagérée des réflexes tendineux. Plus tôt le réflexe patellaire s'exagère, dans ces cas et plus grand est le degré de cette exagération, plus défavorable doit être le diagnostic. Les raisons qui portent à considérer l'avenir comme très sombre, dans ces conditions, sont que le cerveau est d'autant plus séparé de la moelle que les lésions des tractus moteurs sont plus étendues, et les dégénérescences incurables consécutives seront en proportion du nombre de fibres motrices détruites.

Dans la sclérose insulaire ou multiloculaire, en général, l'exagération du réflexe rotulien n'est point si marquée; ce qui est dû à ce fait que dans cette forme de dégénérescence les cylindres d'axes des fibres nerveuses, ne sont souvent atteintes qu'en dernier lieu et que les connexions entre le cortex cérébral et les cellules spinales persistent un long temps. Par conséquent dans un cas de sclérose multiloculaire, bien évidente d'après les symptômes principaux l'exagération précoce et extrême du réflexe du genou sera un très mauvais signe, car elle indiquera que les cylindres d'axe sont détruits. Très réellement l'époque à laquelle la sclérose commence à atteindre les cylindres d'axe, en plus de la substance médullaire des fibres, peut être approximative-

ment diagnostiqué par ce moyen. C'est ainsi que, dans les cas de sclérose insulaire, le réflexe patellaire peut être normal, accru, ou aboli, selon que les plaques de sclérose ont envahi ou non les tractus qui relient le cerveau ou le cervelet, à la moelle.

Dans les cas de sclérose de la moelle, quand plusieurs de ses parties constituantes sont attaquées par la maladie, l'étude du réflexe patellaire demande un examen attentif. Dans un numéro récent du *British Medical Journal*, Jackson et Taylor rapportent un cas du plus grand intérêt. C'est celui d'un malade avec ataxie, qui avait eu antérieurement une attaque d'hémiplégie. Comme le dommage porté aux tractus moteurs par la seconde maladie avait aboli l'influence de contrôle du cerveau sur la moelle épinière, le réflexe du genou était revenu graduellement du côté paralysé. Les auteurs de la note présentent ce cas à l'appui de leur opinion que l'influence inhibitoire du cerveau une fois annihilée, il existait un stimulus suffisant se transmettant à travers la colonne postéro-externe de la moelle, pour produire le réflexe. Cette opinion est correcte, sans aucun doute. Dans l'*Alienist and Neurologist* de janvier 1892, j'ai rapporté l'observation d'un hémiplégique, qui devint ensuite ataxique. Le réflexe du genou du côté non paralysé disparut bientôt, mais persista beaucoup plus longtemps du côté paralysé. La raison en est bien évidente. Du côté paralysé, le réflexe du genou était considérablement exagéré avant l'apparition de l'ataxie, et mit un temps plus long pour disparaître, le contrôle cérébral étant fortement amoindri de ce côté. Dans les cas de sclérose des tractus pyramidaux, le réflexe du genou est exagéré. Dans ces conditions, si le réflexe tendineux vient à disparaître graduellement, on pourra soupçonner deux états nouveaux : la coexistence de l'ataxie ou une polio-myélite antérieure. Dans le premier cas, il se manifestera des symptômes de la maladie avec les douleurs fulgurantes ; dans le second, il se produira, en même temps que la perte du réflexe, de l'atrophie musculaire, avec la réaction de dégénérescence et une exsudation flaccide des muscles.

La paralysie générale — démence paralytique ou méningo-encéphalite chronique — est une maladie avec laquelle nous sommes tous plus ou moins familiers. La seule chance pour les victimes infortunées de cette affection est qu'elle soit reconnue à ses premières périodes. A moins de cette condition, on ne peut espérer de tirer du traitement un grand avantage. Comme je ne m'occupe que du réflexe du genou dans le présent article, je laisserai de côté toutes les autres questions. La pathogénie de cette affection réside dans les modifications qui se passent du côté de la tunique des artères, dans le développement d'exsudat et de tissu connectif, une période de rétraction de ces parties, l'épaississement et l'opacité des méninges, une diminution et une atrophie des circonvolutions. Si nous considérons un instant ces modifications, nous pouvons juger combien importante est la nécessité d'un diagnostic précoce. Ces modifications nous indiquent précisément et avec évidence que l'action du cerveau sera grandement troublée.

Ces troubles dans les manifestations cérébrales se montreront de bonne heure par des modifications du réflexe rotulien. Aussitôt que l'influence du cerveau sur les centres spinaux inférieurs commencera à s'affaiblir, le réflexe tendera à s'exagérer. Les symptômes mentaux de la paralysie la feront distinguer de l'ataxie. Dès qu'on aura le moindre soupçon de paralysie générale possible, on devra s'attacher à l'observation attentive du réflexe rotulien. Le pronostic est d'autant pire que le réflexe s'exagère à une époque plus précoce de la maladie et que cette exagération est plus accentuée. Cela est évident.

Plus rapides et progressives seront les modifications dans la structure intime du cerveau, plus rapidement s'affaiblira le pouvoir inhibitoire de ce dernier sur la moelle. Sur 11 cas de paralysie générale que j'ai eu l'occasion d'observer, ce sont ceux dans lesquels le réflexe rotulien s'est trouvé augmenté de bonne heure qui ont le plus mal tourné et qui ont évolué le plus rapidement. Plus rapide a été l'accentuation du réflexe, plus active a été la marche des modifications cérébrales. Dans l'un de mes cas, il ne s'est écoulé qu'une année depuis le commencement de l'attaque jusqu'à la mort du malade. Le réflexe du genou était extrêmement exagéré. Dans un autre cas, qui a duré un an et demi, le réflexe patellaire s'était accru considérablement et s'était manifesté l'un des premiers parmi les symptômes. Sept fois sur ces 11 cas, le réflexe s'est trouvé accru ; il était faible dans 2 cas, ou au moins sans grand changement au point de vue de l'exagération ou de la diminution ; deux fois il était nettement amoindri. Parmi ces derniers cas, il y avait coexistence d'une sclérose des colonnes postérieures de la moelle épinière dans l'un d'entre eux, et une dégénérescence des cornes antérieures dans le second.

Charles F. Folsom, dans ses écrits sur cette dernière maladie, fait remarquer que le réflexe du genou est plus souvent augmenté que diminué. C'est là un fait qui relève, sans aucun doute, de cette circonstance que les modifications dégénératives chroniques sont plus souvent constatées dans la substance grise corticale du cerveau et dans les méninges qui dans n'importe quelle autre portion du système nerveux central. De l'observation de ces cas, je conclurai dans ces termes : 1° Quand le réflexe du genou n'est que peu modifié, l'affection du cerveau proprement dit n'est que peu extensive, et l'augmentation du réflexe patellaire sera d'autant plus rapide que les lésions cérébrales marcheront elles-mêmes plus vite ; 2° quand le réflexe patellaire est amoindri ou aboli, il existe une affection coïncidente de la moelle épinière, qu'elle siège dans les colonnes postéro internes ou dans les cornes antérieures ; 3° si la maladie affecte les colonnes postérieures, il existe des symptômes qui lui sont propres, ainsi qu'on le voit dans le *tabes dorsalis* ; 4° quand la maladie de la moelle frappe les cornes antérieures, il se produit en même temps que la perte du réflexe rotulien, de la flaccidité, de l'atrophie et de la dégénérescence des muscles, ainsi que l'un de nos cas l'a présenté bien évidemment ; 5° la perte du réflexe patellaire, qu'elle soit due à l'une ou à l'autre de ces lésions morbides, ne peut que suggérer un pronostic défavorable, et doit exclure le moindre espoir même d'un arrêt temporaire dans l'évolution de la maladie.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA FUMÉE D'OPIUM (1)

Par MM. N. GRÉHANT et E. MARTIN.

Nous avons entrepris une série d'expériences pour tâcher d'éclairer l'action physiologique de la fumée d'opium; comme on le sait, l'opium est fumé par plusieurs millions d'hommes, particulièrement par les Chinois.

Ce n'est pas l'extrait gommeux d'opium tel qu'on se le procure facilement ici qui est employé par les fumeurs, mais c'est une préparation qui a subi une longue fermentation dont la durée était de plusieurs mois; tout récemment, M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut bactériologique de Saïgon, a rendu la préparation beaucoup moins longue en semant l'*Aspergillus niger* sur les solutions d'opium provenant de l'Inde; c'est grâce à l'obligeance de ce savant médecin que nous avons reçu tout récemment un échantillon de *chandoo* ou opium préparé pour fumeurs, qui avait été demandé pour nous par M le Dr Kermorgant, médecin-inspecteur du service de santé des colonies.

Nos premières expériences ont été faites avec de l'extrait d'opium; nous avons imité d'abord le procédé employé par les fumeurs d'opium; sur une pipe dont l'ouverture était fermée par une plaque de plâtre, nous avons fait pratiquer une petite ouverture dans laquelle a été engagée une boulette obtenue de la manière suivante : on prend à l'extrémité d'une longue aiguille de fer une gouttelette d'extrait d'opium que l'on fait passer à plusieurs reprises dans une petite flamme, l'opium se boursoufle et perd de l'eau; quand il a pris une consistance suffisante, on le fait tourner entre les doigts et on obtient une petite masse solide et allongée que l'on introduit dans le trou de la pipe.

Nous avons fait attacher un chien sur la gouttière et sur le ventre; nous avons appliqué sur la tête une muselière de caoutchouc qui communiquait avec un appareil à deux soupapes; à l'une servant à l'inspiration étaient fixés par un bouchon de caoutchouc à deux trous le tuyau de la pipe et un tube de verre, de sorte que l'animal était forcé de respirer de l'air et de la fumée d'opium produite par une flamme de gaz placée au-dessous du trou.

Nous avons fait fumer au chien 25 doses à peu près égales ou 25 pipes, et après l'expérience qui a duré une heure un quart, l'animal détaché n'a semblé nullement influencé; sa démarche et ses allures étaient normales, il s'est mis à courir immédiatement.

Il arrive quelquefois que l'opium chauffé s'enflamme, c'est ce que le fumeur qui est toujours couché évite avec le plus grand soin, tant qu'il a l'énergie suffisante pour manœuvrer la pipe; c'est à la dixième ou douzième pipe que le fumeur, qui fait chaque fois une inspiration profonde pour remplir de fumée toute l'étendue de ses poumons, est obligé d'obéir à un besoin irrésistible de sommeil.

N'ayant pas réussi à constater chez le chien en opérant ainsi aucun phénomène marqué, nous avons modifié notre appareil en le rendant plus commode et nous avons employé des doses d'extrait d'opium beaucoup plus grandes.

Dans un creuset de terre dont la contenance est d'environ un demi-litre, nous introduisons 10 grammes d'extrait d'opium; le creuset est fermé par un couvercle métallique traversé par deux tubes de métal courbés à l'angle droit, le scellement du creuset dans le couvercle se fait avec du plâtre; le premier tube est uni par un tube de caoutchouc avec un flacon soupape hydraulique servant à l'inspiration, le second tube est uni à un tube de laiton ayant 1 centimètre de diamètre entouré d'un manchon réfrigérant à eau froide; nous avons dû employer cette disposition pour que l'animal ne soit pas brûlé par la fumée et par l'air chaud.

Le chien respire par une muselière de caoutchouc terminée par un tube en T dont l'une des branches est fixée au réfrigérant et au creuset, tandis que l'autre branche est mise en communication avec une soupape d'expiration à eau.

On chauffe le creuset à l'aide d'un bec de Bunsen et on note l'heure; dix minutes après, une fumée abondante sort par la soupape d'expiration; l'expérience dure une heure, la température rectale s'est abaissée de 39°,75 à 39°,1, ou de 0°,65.

Un échantillon de gaz expiré, recueilli pendant deux minutes avant l'expérience, contenait 0 gr. 271 d'acide carbonique.

Cinq minutes après la fin de l'expérience, on a fait une seconde prise d'air expiré qui renfermait 0 gr. 368 d'acide carbonique exhalés en deux minutes.

Ce résultat est facilement explicable, la destruction de l'opium par la chaleur donnait naissance à une certaine quantité d'acide carbonique qui a été fixé dans le sang et dans les tissus.

La mesure de la pression du sang dans l'artère carotide, faite avant et après l'expérience avec le manomètre métallique de Gréhant, a donné exactement les mêmes courbes; donc la fumée d'opium ne diminue en rien l'énergie des contractions cardiaques chez le chien.

Expériences faites avec le chandoo. — Nous avons reçu le 16 juillet le chandoo envoyé par M. le Dr Calmette, qui est beaucoup plus liquide que l'extrait d'opium.

Nous avons fait respirer à un chien du poids de 8 kil. 500, 10 grammes de chandoo décomposé par la chaleur; l'expérience a duré une heure environ.

Plusieurs chimistes, entre autres M. Lagrange, qui s'est beaucoup occupé de la question de l'opium, paraissent admettre que la morphine est volatile à un faible degré lorsqu'on la soumet à l'action de la chaleur; il en résulterait que l'animal qui fume l'opium introduirait dans ses poumons un certain poids de morphine; il se trouverait à peu près dans les mêmes conditions que si l'on avait injecté sous la peau le même poids d'alcaloïde; nous avons donc pensé qu'il serait peut-être possible de reconnaître une action plus prompte et plus facile du chloroforme employé suivant la méthode de Claude Bernard.

Aussitôt que le chien eut cessé de fumer, on réunit la muselière avec un appareil à deux soupapes : la soupape d'inspiration avait reçu 35 centimètres cubes de chloroforme et 105 centimètres cubes d'alcool (mélange au quart du Dr Quinquaud); au bout de trois minutes, il y eut abolition complète de la sensibilité cornéenne; nous avons remarqué que la période d'agitation au début de la chloroformisation fut très courte.

Trois jours plus tard, sans faire respirer de fumée d'opium, nous avons répété sur le même animal l'expérience

(1) Société de biologie, 30 juillet 1892.

d'anesthésie par le mélange de chloroforme au quart : l'agitation au début fut très vive; au bout de deux minutes, le réflexe oculaire était aboli; au bout de trois minutes, il y avait insensibilité complète.

Les résultats de cette expérience comparative ont été les mêmes, avec cette nuance que l'animal, après avoir fumé 10 grammes de chandoo, a été endormi par le chloroforme et n'a présenté qu'une faible agitation; le temps qui a été nécessaire pour produire l'anesthésie a été le même et nous ne pouvons pas affirmer que l'animal avait reçu de la morphine par inhalation.

Nous avons fait fumer 5 grammes de chandoo à un oiseau (canard); l'opération a duré une heure; l'animal, détaché, porté sur une pièce d'eau dans la cour du laboratoire, s'est mis aussitôt à nager vigoureusement; il ouvrait le bec, mais il ne fit pas entendre sa voix.

Autre expérience sur le même chien. — On fait fumer 10 grammes de chandoo chauffé dans le creuset; l'animal, détaché, retourne au chenil en courant, il paraît tout à fait à l'état normal.

Conclusion. — Bien que nous ayons fait fumer à un chien en une heure 10 grammes de chandoo, c'est-à-dire à peu près la quantité d'opium qu'un Chinois fumerait en douze ou quinze jours, nous n'avons constaté aucun phénomène bien marqué et nous concluons de nos expériences avec ce réactif physiologique, la fumée d'opium, qu'il existe une différence énorme entre le système nerveux central de l'homme et celui du chien.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA VISIBILITÉ, PAR LES SUJETS EN ÉTAT HYPNOTIQUE, DES EFFLUVES DÉGAGÉES PAR LES ÊTRES VIVANTS.

Par M. J. Luys (1).

Non seulement les sujets hypnotisés ont la propriété de voir les effluves magnéto-électriques qui se dégagent des appareils de physique (ainsi que je l'ai exposé dans une précédente séance), mais encore ils peuvent être adaptés, en raison de cette curieuse propriété, à faire reconnaître les effluves qui se dégagent des yeux, des oreilles, des narines, des lèvres des êtres vivants — à les distinguer, celles du côté droit et celles du côté gauche — en mettant la coloration bleue à gauche et rouge à droite. C'est ainsi qu'ils arrivent à distinguer dans le corps humain et chez les animaux une moitié qui répond au pôle nord et une autre moitié qui répond au pôle sud d'un barreau aimanté ou d'un appareil magnéto-électrique. Les recherches précédentes de *Décle* sur la polarité humaine, différente du côté gauche et du côté droit, se trouvent ainsi directement confirmées.

Le sujet hypnotisé dont les yeux ont été préparés et vérifiés à l'aide de l'examen ophtalmoscopique dont nous avons parlé, peut donc être employé comme un véritable réactif vivant pour reconnaître les différences de coloration des effluves du côté gauche et ceux du côté droit. Chez l'homme sain, bien portant, les effluves irradiés de l'œil et des organes des sens du côté gauche, se révèlent par une coloration bleue et très intense — ceux du côté droit par une coloration rouge carminée. L'intensité des effluves émis semble indiquer le maximum d'énergie des forces nerveuses — en effet :

Chez les hémiplégiques, les effluves irradiés de l'œil du côté paralysé sont très affaiblis.

Chez les tabétiques chroniques, très notablement affaiblis, l'intensité des effluves est très amoindrie des deux côtés.

Chez les névropathiques et surtout chez les hystériques des deux sexes, la coloration rouge des effluves de l'œil droit passe au violet; c'est là un caractère diagnostic qui dans certains cas m'a permis de dépister des états d'hystérie latente, les yeux de ces sujets paraissent incapables de monter jusqu'à pouvoir former de la couleur rouge. Les effluves des oreilles, des narines et des lèvres persistent dans leur coloration rouge.

J'ai pu à ce propos faire une heureuse application des couronnes aimantées et rétablir ainsi les effluves rouges chez les sujets ayant des effluves violettes. Je place en effet une couronne aimantée sur la tête du sujet; dans ces conditions, le pôle nord (bleu) étant appliqué sur le côté droit (violet) du sujet malade, comme s'il s'agissait de barreaux aimantés, les pôles de nom contraire s'attirent et les pôles de nom semblable se repoussent. J'ai pu vérifier ainsi sur l'être vivant cette loi physique des actions des aimants et constater qu'au bout de quinze à vingt minutes, par l'action de cette couronne aimantée disposée en aimants contrariés, les rayons bleus de l'œil violet étaient répulsés et les rayons rouges attirés; si bien que, dans certains cas, j'ai pu rétablir les effluves magnétiques dans leurs conditions physiologiques. (Je continue ces recherches au point de vue d'une application au traitement de l'hystérie.)

Chez les sujets atteints de sclérose en plaques, de tremblements variés, les yeux du côté droit de ces sujets dégagent presque toujours des effluves de coloration *jaune* analogues à ceux dont nous venons de parler, qui apparaissent sur les bobines d'induction.

Et ceci est encore un point très intéressant, qui rapproche l'étude des effluves magnétiques des êtres vivants de celle des appareils magnéto-électriques, puisqu'elle nous fait voir une modalité spéciale de la force électro-magnétique qui se révèle de part et d'autre par une coloration jaunâtre (1).

Ces nouvelles études appliquées au domaine de la pathologie mentale m'ont permis de constater des faits intéressants, dont je ferai ultérieurement communication.

J'ajouterai encore que j'ai poursuivi mes recherches sur différents types du règne animal, et, chez les chevaux, les cochons d'Inde, les chiens, les chats, les oiseaux, les poissons, j'ai constaté, pareillement, que du côté gauche ils émettaient des effluves bleus, et qu'ils ont, du côté droit, des effluves rouges. Ces détails ont été très nettement indiqués par le sujet hypnotisé sans la moindre hésitation.

J'ajouterai encore que dans une nouvelle série d'expériences, ces effluves magnétiques disparaissent avec la vie, et s'éteignent d'une façon progressive.

(1) *Société de biologie*, 16 juillet 1892.

(1) Les sujets hypnotisés sont encore aptes à révéler les troubles des milieux de l'œil dont ils font l'examen. C'est ainsi que dans certains cas d'amaurose, de glaucome, de cataracte, les sujets révèlent des modifications spéciales dans l'état des yeux soumis à leur examen.

Ainsi sur quatre cadavres examinés à ce point de vue spécial à la salle d'autopsie, j'ai constaté que chez deux d'entre eux, signalés morts depuis vingt-quatre heures, les effluves faisaient complètement défaut, et que chez deux autres ils étaient encore apparents sous forme de petites lueurs bleues ou rouges.

Je publierai plus tard de nouveaux détails sur cet intéressant sujet.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET CHIRURGIE ABDOMINALE

Suite (1).

V. — PLAIE PAR COUP DE FEU DE L'ESTOMAC, par le Dr A. SMITH. (*Medical and Surgical Reporter*, t. LXVI, 1892, n° 20.)

VI. — PLAIE PAR COUP DE FEU DU FOIE, LAPAROTOMIE, GUÉRISON, par le Dr A. BRENNER. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1892, n° 18.)

VII. — CAS DE PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN, par DALTON. (*Annals of Surgery*, décembre 1891.)

V. — Un jeune homme de 18 ans avait reçu une balle de revolver dans le ventre, à la hauteur de l'estomac. L'orifice d'entrée se trouvait à deux pouces et un peu à gauche de l'appendice xyphoïde. A travers cet orifice on parvenait facilement à faire pénétrer une sonde jusque dans l'estomac. La balle avait dû perforer la paroi postérieure de cet organe, pour se loger dans quelque autre partie du corps.

Pour calmer les douleurs du malade, on lui administra de la morphine et on fit des applications de compresses froides sur la plaie. Le lendemain, l'état du blessé était en apparence satisfaisant : P. 80. Température normale. Le surlendemain, quand le médecin revit le blessé, celui-ci avait eu plusieurs selles spontanées, et dans les matières évacuées on retrouva la balle. La plaie de la région épigastrique se cicatrisa par première intention. Une semaine après l'accident, le malade pouvait reprendre ses occupations. Il y a donc tout lieu de croire que la balle n'avait pas traversé la paroi postérieure de l'estomac, mais qu'elle s'était logée dans cet organe, d'où elle avait été évacuée dans l'intestin, comme un corps étranger ordinaire. Le siége de la perforation de la paroi antérieure de l'estomac, près du cardia, explique d'ailleurs pourquoi rien du contenu de cet organe ne s'est échappé à travers le trajet creusé par la balle.

VI. — Un garçon de 14 ans s'était tiré par inadvertance une charge de plomb dans le ventre, à une distance d'environ 30 centimètres. En l'examinant, M. Brenner découvrit sur la ligne blanche abdominale, à 2 centim. au-dessous de l'appendice xyphoïde, une plaie arrondie, de 4 millim. de diamètre, dont les bords étaient noircis par la poudre. Une sonde, introduite à ce niveau, pénétrait à une profondeur de 10 centim. En l'absence de symptômes graves, on se contenta d'appliquer une vessie de glace sur la région occupée par la plaie.

Le blessé passa une nuit calme. Le lendemain il fut pris d'un frisson, et la température interne marquait 40°. M. Brenner résolut aussitôt de pratiquer une laparotomie.

(1) Voir le numéro 25, p. 416.

L'orifice d'entrée du trajet fut agrandi avec l'instrument tranchant, en haut et en bas. On mit à jour une excavation remplie d'un pus jannâtre, et qui contenait en outre quelques lambeaux de drap. Dans la profondeur, le péritoine était perforé. A travers cette déchirure élargie on put extraire du sang brunâtre, qui avait une odeur fécaloïde. Le doigt explorateur s'enfonçait dans une cavité en forme d'entonnoir, remplie d'un tissu réduit en bouillie, et qui occupait le lobe gauche du foie. Dans ce trajet borgne on trouva également des lambeaux de drap et des grains de plomb. En relevant le bord inférieur du foie, on mit l'estomac à nu, et on put ainsi se convaincre que ce viscère n'était pas lésé. L'odeur fécaloïde du sang était due sans doute à une diffusion des gaz intestinaux. Après désinfection minutieuse du trajet hépatique, on y introduisit un drain épais, de gaze iodoformée; l'orifice d'entrée du trajet fut entouré d'une couronne de gaze, de même nature; avec cette même gaze on tamponna la plaie abdominale. Cinq jours plus tard on enleva le tampon; la paroi abdominale adhérait maintenant au foie, et il ne subsistait plus, en fait d'excavation, que le trajet intra-hépatique, en forme d'entonnoir. On continua de drainer le trajet, d'où s'échappait un pus de couleur orangé. Le vingtième jour après l'accident on retira le dernier drain, et une semaine plus tard la cicatrisation était achevée; le patient était complètement rétabli.

VII. — M. Dalton relate une première observation de plaie par coup de feu de l'abdomen. Le coup avait été tiré à une très faible distance du blessé. L'orifice d'entrée se trouvait à un demi-pouce au-dessus de la crête iliaque gauche. Le blessé éprouvait de très violentes douleurs dans le ventre. Toute la région du bassin était douloureuse à la palpation. Matité à la percussion de la région lombaire gauche. Pas de symptômes de shock. Vomissements. P., 66. Respiration superficielle. Une sonde, introduite par l'orifice d'entrée, pénétrait profondément dans le bassin.

M. Dalton pratiqua une incision de 4 pouces le long de la ligne semi-lunaire. Il mit à nu le côlon descendant, qui était perforé de deux orifices. Ectropion de la muqueuse. On oblitéra les deux ouvertures, puis on amena à la surface l'intestin grêle, qui était également perforé, en six points différents. Le petit bassin contenait du sang et des matières fécales. Une seconde incision fut pratiquée sur la ligne médiane; puis, après oblitération des plaies de l'intestin grêle, la cavité abdominale fut lavée à fond et drainée avec un tube de verre et deux drains en caoutchouc. Malgré une pneumonie intercurrente qui se déclara le quatrième jour, le blessé s'est complètement rétabli.

Une seconde observation de Dalton se rapporte à un cas de plaie par coup de feu de l'abdomen, l'arme ayant été déchargée à une distance de 12 pieds. M. Dalton vit le blessé six heures après l'accident. L'orifice d'entrée siégeait dans le sixième espace intercostal, à 2 pouces du bord gauche du sternum. Le projectile avait dû traverser le diaphragme de haut en bas. Léger météorisme. Douleur épigastrique très vive. P., 110. T., 38°,9. M. Dalton incisé le long de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Il retire de la cavité abdominale du sang et des matières provenant de l'estomac; ce viscère était entamé en deux points, dans le voisinage du cardia, en avant et en arrière de la grande courbure. L'opération dura en tout quarante-cinq minutes. Les choses allèrent bien jusqu'au qua-

tième jour; le malade, en voulant se relever de son lit, tomba sur le ventre. Vingt-quatre heures plus tard il succombait, après avoir présenté les symptômes d'une péritonite par perforation. L'autopsie a montré que les sutures oblitérant la déchirure de la paroi antérieure de l'abdomen avaient été arrachées, et que du sang s'était épanché dans la cavité abdominale.

Dans un autre cas de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu, M. Dalton vit le blessé quatre heures après l'accident. Le projectile avait pénétré par le septième espace intercostal, à droite, sur la ligne mamillaire. P., 112; T., 38°,9; R., 40. Douleur à la palpation de l'épigastre. Une incision est pratiquée depuis la pointe du sternum jusqu'à l'ombilic. Extraction de caillots de sang. Le lobe droit du foie avait été touché. La plaie hépatique adhérant au diaphragme, il fut impossible de découvrir l'orifice de sortie. Hémorrhagie persistante. M. Dalton introduisit un tampon de gaze sous la face inférieure du foie, de façon à oblitérer le trajet. L'hémorrhagie s'arrêta. Le troisième jour, le tampon fut enlevé. Le blessé s'est rétabli.

Chez un autre patient, qui avait reçu un coup de feu dans le ventre cinq heures auparavant, on notait: P. 117, T. 38. R. 30. Le projectile avait pénétré au-dessous du niveau du bord inférieur du foie; à la palpation on le sentait sous la peau, à gauche de l'ombilic. Incision le long de la ligne semi-lunaire gauche. Le côlon était perforé, l'orifice de perforation était entouré de sang et de matière fécale. Après un lavage minutieux de la cavité abdominale, on oblitère la plaie du gros intestin. La guérison s'est faite sans incident fâcheux.

Chez un autre blessé, qui avait reçu six heures auparavant un coup de couteau dans le ventre, et qui vomissait, la plaie, qui siégeait sur la ligne médiane à 2 pouces au-dessous du nombril, fut élargie. On lia un vaisseau volumineux de l'épiploon, qui donnait du sang; oblitération de la solution de continuité qui intéressait l'épiploon. Les anses intestinales avoisinantes étaient intactes. Lavage de la cavité abdominale; drainage avec un tube de verre, qui fut enlevé le second jour et remplacé par une strie de gaz iodoformée. Le troisième jour le patient se mit à vomir; collapsus. Sous le pansement on trouva une anse intestinale froide et déjà noire. Le patient est mort vingt-quatre heures plus tard.

Un sixième sujet, qui avait reçu trois heures auparavant un coup de couteau dans le ventre, était encore en état d'ivresse lorsque M. Dalton le vit. La blessure était située à un demi pouce et à droite de l'ombilic. Incision des téguments, le long de la ligne médiane.

L'iléon était entamé en deux points; l'une des plaies mesurait un demi pouce, l'autre 1 pouce; l'intestin était traversé de part en part. On débarrassa la cavité abdominale du sang et du contenu intestinal qui s'y était épanché. Oblitération des deux plaies de l'intestin, au moyen de sutures de Lembert, guérison rapide.

L'auteur insiste sur la nécessité de procéder d'abord à l'hémostase, sitôt la cavité abdominale ouverte, avant de s'occuper de l'oblitération des plaies des viscères. M. Dalton a perdu un de ses patients par suite d'une hémorrhagie profuse qui se produisit pendant qu'il était occupé à suturer une plaie de l'intestin. Toute éventration doit être évitée autant que possible.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PSEUDARTHROSES ET DU CAL VICIEUX DU FÉMUR, par M. SIMON. Th., Paris.

Aujourd'hui on ne doit plus craindre d'intervenir d'une façon directe pour combattre les pseudarthroses et remédier aux inconvénients parfois très graves d'un cal vicieux. On peut en effet avec les moyens antiseptiques dont on dispose, opérer à ciel ouvert sur les os et tailler dans leur épaisseur sans avoir à craindre d'accidents septicémiques.

C'est par la résection des fragments, c'est par leur fixation grâce à la suture métallique qu'on peut espérer faire disparaître la pseudarthrose. Les traitements usités jadis, frottement des fragments, massage, doivent céder le pas à l'intervention directe, à la suture pratiquée à l'aide de fils d'argent ou de platine antiseptisés qu'on abandonne au fond de la plaie. A l'extension continue pratiquée avec l'appareil Hennequin de parachever une cure si activement commencée.

S'il s'agit d'un cal vicieux mou et flexible, d'un cal sans chevauchement de fragments, l'ostéoclasie manuelle ou instrumentale devra être employée, réservant l'ostéotomie pour les cals douloureux, pour ceux surtout qui provoquent raccourcissement et difformité entraînant une très grande gêne. Mais ici encore comme pour les pseudarthroses, le traitement consécutif par l'extension continue devra être institué en veillant bien au maintien en bonne position des fragments.

CH. AMAT.

BULLETIN

Nous ne voudrions pas insister plus qu'il ne convient sur cette question du traitement des néphrites, présentement soumise à l'appréciation de l'Académie; mais l'importance du sujet nous fait en quelque sorte un devoir de lui accorder une mention dans ce journal. Non pas qu'il y ait à relever ici de grandes divergences concernant la thérapeutique d'une classe d'affections qui ont paru devenir de plus en plus fréquentes, à mesure qu'on a pénétré plus avant dans la connaissance de leur histoire anatomique et clinique. Car on constate plutôt ici une entente à peu près universelle, et un accord tel que l'incertitude habituelle des théories médicales nous en offre peu d'exemples aussi remarquables. Néanmoins cet accord n'est pas complet encore, et il subsiste quelques écarts d'appréciation relativement à l'opportunité de certains aliments ou médicaments dans le traitement des différentes variétés d'inflammation rénale. Il est vrai que, dans le cas particulier, il s'agit de nuances bien plutôt que d'opinions radicalement opposées ou contraires. La discussion actuelle aura eu ce résultat utile de les faire ressortir, et partant de préciser encore davantage les règles qui doivent guider l'intervention du médecin vis-à-vis d'une catégorie de lésions où la thérapeutique peut avoir une importance majeure, souveraine, décisive.

C'est ainsi que M. G. Sée est venu critiquer très opportunément les indications et contre-indications du régime lacté, ce régime par excellence des brightiques, et signaler une fois de plus, pour le combattre, l'abus que l'on fait journellement de ce puissant moyen de traitement des néphrites. Là était, suivant nous, la question principale, attendu que l'emploi du

lait, par suite d'une généralisation à outrance, est devenu une pratique extrêmement banale, qui, de plus, est loin d'être exempte d'inconvénients ou même de dangers. Il y a d'abord, ainsi que M. G. Sée l'a fait remarquer, plusieurs variétés d'affections rénales auxquelles il n'est point applicable : par exemple, le rein *cardiaque*, lésion toujours secondaire, dans le cours de laquelle l'albuminurie ne représente elle-même qu'un phénomène accessoire, contingent, par conséquent négligeable: puis les différentes sortes de néphrites interstitielles où ce phénomène fait souvent défaut, et qui se caractérisent surtout par une polyurie que l'usage exclusif du lait a pour effet d'aggraver au point d'en faire un symptôme intolérable. On peut ranger à la suite cette catégorie très intéressante de faits groupés sous le nom caractéristique d'*albuminurie physiologique*, dénomination qui a peut-être le tort d'impliquer une théorie préconçue et fortement discutable. L'existence de ce dernier groupe a été, il est vrai, contestée, voire même niée par quelques-uns ; certaines raisons autorisent à croire qu'il s'agit là simplement d'une néphrite chronique, totale ou partielle, à évolution lente, à pronostic habituellement bénin. Toujours est-il que l'on doit s'abstenir de prescrire systématiquement le lait contre cette variété d'albuminurie, qui n'a guère de pathologique que l'apparence, et avec laquelle on peut vivre longtemps sans en être incommodé. On peut citer encore ici les albuminuries alimentaires et hématogènes, dont l'existence a été pareillement très contestée et qui, pas plus que la variété précédente, ne paraissent avoir conquis droit de cité dans le cadre nosologique.

Poursuivant sa démonstration, M. G. Sée s'est attaché à faire ressortir l'insuffisance du lait considéré comme moyen d'alimentation : les remarques formulées par lui sur le sujet sont parfaitement fondées, et il y aurait intérêt à les vulgariser, car plus d'un malade a été conduit à l'inanition sous le prétexte insuffisant de la constation passagère et incertaine d'une certaine proportion d'albumine dans son urine. En résumé, c'est une véritable revision et une critique des indications dans le traitement des néphrites que notre maître a fait durant la séance de l'autre jour. Nul doute qu'il n'ait rendu par là service à la science, et en particulier aux praticiens qu'il a mis de la sorte en garde contre la banalité et la routine des méthodes acceptées aveuglément, et trop souvent appliquées sans discernement ni contrôle.

L'épidémie cholérique est le fait capital du moment, la question brûlante destinée sans doute à figurer encore bien des semaines à l'ordre du jour des préoccupations publiques. Pourtant ce n'est pas que l'événement ait justifié jusqu'à ce jour les craintes motivées par l'apparition de cette épidémie, ni que l'on doive redouter outre mesure son extension ultérieure L'appréhension générale tient plutôt à l'incertitude qui règne relativement au lendemain, toujours aléatoire en pareil cas, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'histoire des épidémies antérieures. Un examen rétrospectif nous montre en effet que rien n'égale parfois la rapidité de l'envahissement cholérique, et que le pouvoir de diffusion de cette maladie égale ou même dépasse celui des maladies contagieuses réputées les plus universelles. Il est vrai que les choses ont bien changé depuis les dates auxquelles nous faisons allusion et dont la plus mémorable, de par le nombre des victimes, est marquée par l'année 1832. A la connaissance plus approfondie du poison cholérique, de son habitat ordinaire, de sa résistance, de son mode d'action et de propagation, est venue s'ajouter parallèlement la possibilité, illusoire pour nos pères, de créer des moyens d'isolement et d'établir des barrières prophylactiques propres à entraver la propagation d'un fléau particulièrement redoutable. La facilité des communications internationales, si bien faite en apparence pour favoriser cette propagation, nous aura rendu à cet égard un véritable service, car précisément elle permet de surveiller les voies d'introduction suspectes, et partant elle nous fournit les moyens d'apporter le remède avant l'arrivée du mal. Nul doute que les mesures instituées récemment à nos frontières, par les soins d'hommes habiles et dévoués, tels que MM. Brouardel, Proust, Netter, Thoinot, n'aient contribué à l'immunité relative dont notre pays jouit à l'heure présente. Mais si l'on a fait beaucoup jusqu'à maintenant, il reste encore plus à faire, et dès aujourd'hui on doit réclamer, avec plus d'insistance que jamais, certaines réformes dont l'accomplissement rendrait de plus en plus improbable le développement ultérieur de nouvelles épidémies.

A l'occasion de celle-ci, nous avons vu réapparaître une question déjà discutée bien des fois : celle de savoir si nous sommes en présence du choléra véritable, c'est-à-dire du choléra dit indien, asiatique, ou bien s'il s'agit d'une affection plus bénigne, simplement analogue à ce dernier, mais non identique avec lui, affection que l'on désigne complaisamment sous le nom de *choléra nostras*. Cette question a été traitée tout récemment par M. Talamon, dans le dernier numéro de la *Médecine moderne*. Notre collègue conclut à la suppression d'une distinction devenue inutile et à l'identification définitive des deux maladies. Les arguments invoqués à l'appui de cette thèse n'ont peut-être pas une valeur égale, mais il en est dont on ne peut nier la portée. Prenant pour exemple l'épidémie d'Aubervilliers, M. Talamon établit d'abord qu'elle n'a pas été le résultat d'une importation à distance, mais qu'elle est née sur place, sur le territoire de la région décimée. D'autre part l'examen bactériologique et les cultures ont montré dans les déjections des malades la présence du choléra indien, du bacille virgule de Koch. Si l'on accepte comme démontré le rôle spécifique de cet élément pathogène, il s'ensuit que le choléra actuel d'Aubervilliers devient parfaitement comparable à la maladie asiatique, dont il ne diffère plus guère que par des nuances dans l'expression clinique et dans l'intensité. Il n'y a plus, pour ainsi dire, entre ces deux maladies qu'une différence d'activité virulente qui ne saurait suffire à les séparer. Les mêmes remarques ont été faites, du reste, à d'autres époques et dans d'autres pays, à l'occasion d'épidémies similaires, où la preuve bactériologique de la nature de la maladie a été établie d'une manière irréfutable : ainsi en Espagne, en Allemagne, en Pologne, en Russie, etc., etc. Aussi doit-on regarder comme très probable la conclusion de M. Talamon : à savoir que le choléra nostras et le choléra indien ne forment qu'une seule et même maladie.

D'ailleurs cette conclusion a pour elle le raisonnement et l'observation clinique. Ainsi, il n'y a aucun profit à multiplier les espèces nosologiques, et il est toujours préférable de proclamer l'unité en pathologie, dès l'instant où la chose apparaît comme possible. D'autre part, il est difficile de trouver des caractères différentiels véritables entre les deux maladies qui, nous le répétons, ne diffèrent guère que dans la forme et dans la gravité pronostique. C'est, pour un certain

nombre de cas, la même soudaineté dans le début, la même évolution, et malheureusement pour quelques-uns d'entre eux, la même terminaison rapide et fatale. Cette dernière remarque est de la plus grande importance : car si l'on admet que la mort est la sanction suprême de la gravité des maladies, il est clair que l'on doit renoncer à une distinction devenue vraiment trop subtile et qui, par surcroît, pourra aux yeux des victimes sembler quelque peu dérisoire. De fait, nous pensons que cette doctrine de l'unité des affections cholériformes est bien près d'avoir cause gagnée en pathologie.

Une autre question, un peu solidaire de la précédente, est celle de savoir d'où provient l'élément bacillaire du choléra sporadique. L'hypothèse la plus probable à cet égard, est celle d'après laquelle cet élément aurait été importé à une époque antérieure, et ultérieurement cultivé, puis perpétué parmi nous, en quelque sorte à notre insu, pour reprendre à certaine époque et sous des influences inconnues, son activité virulente primitive. Cette théorie rendrait peut-être compte de la périodicité des explosions dont nous sommes témoins depuis le commencement du siècle, des *réveils d'épidémie* constatés de temps à autre. Toutefois, on ne peut encore faire sur ce point que des conjectures, et il est préférable de suspendre tout jugement jusqu'au jour, encore très éloigné sans doute, où la science aura dit son dernier mot.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Loubet, président du conseil, ministre de l'intérieur.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique, a lu un rapport sur les mesures administratives prises à l'occasion du choléra.

M. Monod, après avoir suivi la marche du choléra, qui a fait son apparition en juin à Bakou, a constaté que le gouvernement avait pris des mesures immédiates.

Aux dispositions prises en 1890 a été faite une addition importante : la déclaration dans les vingt-quatre heures de tout cas de maladie obligatoire pour les médecins et tous ceux à même de le constater.

MM. les Drs Netter et Thoinot, auditeurs près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, ont été délégués pour organiser sur la frontière du Nord et de l'Est les postes sanitaires.

Ces postes ont été établis sur le territoire de Belfort à Delle, dans Meurthe-et-Moselle, à Igney-Avricourt, dans le Nord à Feignies, Jeumont, Blanc-Misseron, Baizieux.

M. Monod a ensuite donné lecture des circulaires adressées aux administrations départementales les 1er et 3 septembre pour prescrire la création préventive de moyens de désinfection. Ces circulaires seront prochainement publiées à l'*Officiel*.

M. le Dr Proust a ensuite rendu compte de la situation sanitaire à l'extérieur et a fourni des statistiques comparatives sur l'état sanitaire de France.

Au Havre, voici la statistique de la marche de l'épidémie depuis les premiers jours d'août :

Le 2 août, 1 ; le 3, 7 ; le 4, 2 ; le 9, 1 ; le 12, 3 ; le 13, 7 ; le 14, 1 ; le 16, 3 ; le 17, 10 ; le 18, 8 ; le 10, 9 ; le 20, 11 ; le 21, 8 ; le 22, 10 ; le 23, 22 ; le 24, 16 ; le 25, 21 ; le 26, 18 ; le 27, 25 ; le 28, 24 ; le 29, 17 ; le 30, 33 ; le 31, 19 ; le 1er septembre, 15 ; le 2, 12 ; le 3, 17.

A Paris, du 4 au 17 on n'avait constaté que 16 décès ; le chiffre a depuis monté et s'est élevé, du 8 au 31, à 175.

Pour la banlieue la mortalité a été de 33 du 4 au 17 août et de 75 du 18 au 31 ; cependant, eu égard au chiffre de la population, la mortalité n'est que de 11/6 par jour ce qui, pour une population de 3.500.000 habitants, ne donne même pas une mortalité de 1 pour 28.000 habitants.

Voici la statistique des décès par diarrhée cholériforme pour Paris et la banlieue depuis le 28 août.

8	août	Paris	1	banlieue	1
9	—	—	0	—	1
10	—	—	0	—	0
11	—	—	1	—	3
12	—	—	1	—	3
13	—	—	0	—	1
14	—	—	0	—	1
15	—	—	2	—	1
16	—	—	0	—	2
17	—	—	2	—	2
18	—	—	8	—	0
19	—	—	2	—	6
20	—	—	5	—	5
21	—	—	2	—	1
22	—	—	3	—	8
23	—	—	7	—	4
24	—	—	13	—	5
25	—	—	15	—	6
26	—	—	12	—	6
27	—	—	28	—	12
28	—	—	27	—	15
29	—	—	31	—	7
30	—	—	17	—	6
31	—	—	22	—	1
1er	sept.	—	30	—	10
2	—	—	19	—	10
3	—	—	18	—	8
4	—	—	14	—	5

De sorte qu'à Paris la totalité de la mortalité en cinq mois n'est que de 365. Elle a été de 2.558 à Hambourg en moins de trois semaines.

M. Proust expose qu'à la suite de l'apparition du choléra à Hambourg et de son expansion en Allemagne ont été établis sur notre frontière du Nord et de l'Est des postes sanitaires d'observation et de désinfection semblables à ceux qui avaient été établis à la frontière d'Espagne en 1890.

M. Proust constate que quelques pays ont prescrit des mesures presque toujours excessives. A Gibraltar où une quarantaine de quatorze jours est imposée, notamment à Buenos-Ayres, où une quarante de huit jours est exigée des navires de France et d'Allemagne qui n'ont pas à bord un médecin argentin ; à la Guadeloupe une quarantaine de six jours est imposée à tout navire d'Europe ; à Panama les autorités menaçent de nous fermer le port d'Aspinwall.

Le rapporteur excepte l'Italie, qui ne prescrit que la visite médicale avec désinfection.

M. Proust a fait ensuite connaître que la fièvre jaune a complètement disparu à Bahia (Brésil) ; il y a encore quelques cas rares

à Santos et à Rio-Janeiro, mais la fièvre dengue vient de faire à Beyrouth une sérieuse apparition.

M. le Dr Brouardel a ensuite rendu compte de son voyage au Havre. Tout fait espérer que l'épidémie, très énergiquement et très intelligemment combattue, prendra fin dans un court délai.

MM. Netter et Thoinot ont rendu compte de l'organisation des postes à la frontière. et le Dr Wurtz, délégué à Honfleur, des quelques cas de diarrhée cholériforme qu'il a observés dans cette ville.

M. le Dr A.-J. Martin a rendu compte du fonctionnement des services de la désinfection à Paris. On est actuellement outillé pour faire plus de 100 désinfections par jour s'il était nécessaire.

Le choléra. — La préfecture de police communique les renseignements suivants au sujet de l'épidémie cholériforme :

A Paris, le 5 septembre, il y a eu 68 cas.

Le 6 le nombre s'est élevé à 80 et on a eu à enregistrer 35 décès.

Les quartiers les plus éprouvés sont :

Quartier d'Amérique, 5 cas, 4 décès ; Sainte-Marguerite, 4 cas, 1 décès ; la Villette, 5 cas, 4 décès ; Clignancourt 2 cas, 3 décès ; Grandes-Carrières, 2 cas, 3 décès ; Saint-Ambroise, 3 cas, 1 décès ; la Muette, 3 cas ; les Ternes, 3 cas ; Gros-Caillou, 3 cas ; Plaisance, 2 cas : Père-Lachaise, 3 cas.

Les malades sans domicile, au nombre de 3, ont donné 1 décès, et dans la même journée il y a eu 2 cas et 3 décès parmi les malades soignés chez eux.

Le 5 a vu 21 cas se produire dans la banlieue.

Le 6, à minuit, il y avait 32 cas dont 21 décès.

Voici les noms des communes les plus éprouvées :

Saint-Ouen, 8 cas, 5 décès ; Neuilly, 3 cas, 2 décès ; Saint-Denis, 7 cas, 3 décès ; Levallois, 3 cas, 3 décès ; Pantin, 3 cas, 1 décès ; Montreuil, 2 cas ; Puteaux, 1 cas, 3 décès.

Voici la situation dans quelques hôpitaux pour la journée d'hier :

A l'hôpital Beaujon, 2 entrées. 1 décès, pas de sorties ; à Saint-Louis, 6 entrées, 1 décès, pas de sorties ; à Tenon, 3 entrées, pas de décès, une sortie ; aux Enfants-Malades, 2 entrées, pas de décès, pas de sorties ; à Necker, 1 entrée, 1 décès, 1 sortie ; à la Charité. pas d'entrées, pas de décès, 2 sorties ; à la Pitié il y a 10 malades en traitement.

A l'hôpital Broussais il y a, depuis le 26 août, 15 entrées, 12 sorties et 1 décès.

A Laënnec, aucun cholérique n'est plus en traitement.

A l'hôpital Saint-Antoine il y a eu 8 décès cholériques. Toutes les salles affectées aux maladies non contagieuses sont encombrées par suite de la nécessité où l'on s'est trouvé d'isoler les salles où sont soignés les cholériques

Depuis le commencement de l'épidémie, 2 infirmiers sont morts victimes de leur dévouement, 5 infirmières, atteintes également du fléau, sont actuellement en traitement.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Suppléance de MM. les professeurs de clinique pendant les vacances. — M. G. Sée, suppléé par M. Gilbert; M. Le Dentu par M. Nélaton ; M. Fournier par M. Netter; M. Charcot par M. Brissaud; M. Guyon par M. Segond ; M. Jaccoud par M. Belin ; M. Verneuil par M. Ricard ; M. Le Fort par M. Lejars ; M. Duplay par M. Poirier; M. Panas par M. Roux ; M. Tarnier par M. Maygrier ; M. Pinard par M. Rihemont ; M. Ball par M. Ballet.

MM. Peter et Potain ne se font pas suppléer.

Corps de santé de la marine. — Par arrêté en date du 1er septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — MM. Boué et Geoffroy, médecins en chefs de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — MM. Duhergé, Masse, Orhond, Besiion et Caradec, médecins principaux de la marine en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Moulard et Arnaud, médecins de première classe de la marine en retraite.

Au grade de pharmacien principal. — M. Castaing, pharmacien principal de la marine en retraite.

Hôpitaux de Marseille. — Un concours doit bientôt s'ouvrir pour les places d'internes des hôpitaux de Marseille. L'affiche annonçant le concours portait que les internes ne seraient logés et nourris que les jours de garde, comme cela se passe d'ailleurs depuis les démêlés qui ont eu lieu entre les internes et la commission administrative des hôpitaux, mais, sur la demande de la Société médico-chirurgicale, la commission, revenant sur sa résolution première, a décidé qu'à partir du 1er janvier 1893 les internes seraient logés et nourris à l'hôpital.

Médecins inspecteurs des écoles. — Par arrêté préfectoral, en date du 8 août 1892, ayant effet du 16 août, M. Kinzelbach, docteur en médecine, demeurant à Paris, boulevard Voltaire, 67, est nommé médecin-inspecteur des écoles du 20e arrondissement (7e circonscription), en remplacement de M. le Dr Perrin, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 8 août 1892, ayant effet du 16 août, M. Piettre, docteur en médecine, demeurant à La Varenne, est nommé médecin-inspecteur des écoles du canton de Charenton (4e circonscription), en remplacement de M. le Dr Roussel, décédé.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 28 AOUT AU 3 SEPTEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 2. — Rougeole, 11. — Scarlatine 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 23. — Affections cholériformes,177. — Phtisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres. 40. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 2. — Maladies organiques du cœur, 42. — Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 32. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 218. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale et vices de conformation, 21. — Sénilité, 21. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 133. — Causes inconnues, 8. — Total : 1117.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LA MYÉLITE GRIPPALE

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Les inflammations de la moelle sont exceptionnelles dans la grippe. Bidon (1) en rapporte trois observations empruntées à différents auteurs. La mort a été l'aboutissant immédiat de la complication médullaire.

Dans le cas de Féréol, cité par Bidon, les accidents avaient apparu au moment de la convalescence. Il en a été ainsi chez un garçon de 14 ans, dont nous avons recueilli l'observation. Ce pauvre petit, au lieu de trouver dans la mort une libératrice rapide, a pris pour succomber un chemin de traverse : il s'est engagé dans la période chronique, après avoir mené à bonne fin les étapes dangereuses de la myélite aiguë.

Cela commence chez lui dans la convalescence : les jambes faiblissent et pendant cinq semaines il ne ressent guère que cette difficulté dans la marche ; avec cela, quelques phénomènes de paresthésie (fourmillements, sensations de brûlure), des douleurs sourdes dans les jambes, occupent le second plan du tableau prodromique morbide. Puis, tout à coup, voici que les accidents se précipitent. Très résolu, le microbe de l'infection secondaire se met en état de détruire la moelle. Et c'est l'histoire lamentable de la myélite diffuse aiguë que l'on enregistre.

Le 12 juin, la marche est impossible ; l'enfant se plaint de douleurs dans les reins ; le 14, disparaissent les réflexes rotuliens ; la paraplégie est complète, la sensibilité se perd totalement au niveau des membres inférieurs et de la région abdominale ; on ne la retrouve sur le thorax qu'au-dessus du 5e espace intercostal ; la vessie, pleine, est vidée par la sonde matin et soir ; la constipation est opiniâtre ; l'enfant a des érections presque continues ; la fièvre s'élève ; le 16, des douleurs fulgurantes s'élancent dans les bras ; le 17, la paralysie de la sensibilité atteint le 3e espace intercostal. La nuque est contracturée ; la toux est pénible en raison de la paralysie des muscles abdominaux (expirateurs) ; le réflexe plantaire disparaît à son tour ; le 18, la force diminue dans les membres supérieurs, la respiration devient difficile ; à la constipation, combattue par des laxatifs, fait suite l'incontinence des matières fécales ; des troubles trophiques se montrent : plaques érythémateuses suivies d'escharres au sacrum et sur les fesses ; état rugueux et desquamation de la peau sur le ventre, le scrotum, les membres inférieurs. La température, très élevée, monte jusqu'à 40°,4. La mort semble imminente. Contrairement à toute attente, l'enfant résiste. La moelle cervicale se débarrasse de ses lésions commençantes, la raideur de la nuque se dissipe, la force revient dans les membres supérieurs. La paralysie de la sensibilité perd du terrain et redescend du 3e au 5e espace intercostal. La fièvre baisse lentement, pour disparaître le 9 juillet.

Amélioration bien précaire, s'il en fut ! L'enfant, gai, ne souffrant plus, doué d'un excellent appétit, voit ses jambes rester paralysées ; il ne parvient pas à s'asseoir dans son lit, n'urine pas sans le secours de la sonde et laisse aller les matières fécales sous lui. Les escharres suppurent ; l'atrophie musculaire, qui s'empare de ses membres inférieurs, est bientôt masquée par l'œdème concomitant ; les urines sont purulentes. Tout cela laisse prévoir une fin qui, pour être reculée de quelques mois, ne surviendra pas moins fatale.

Ajoutons que l'agent infectieux, auteur probable de ces méfaits, n'a pu être isolé. Les cultures du sang recueilli à l'acmé de la période fébrile sont constamment restées stériles.

Outre la relation indiscutable que cette myélite a affectée avec la grippe antérieure, un point intéressant se dégage de notre observation : la transformation de l'état aigu en maladie chronique. Bien avant l'apparition des escbares, notre jeune malade avait beaucoup de fièvre. Les bautes températures possèdent-elles une signification double ? Indiquent-elles à la fois et l'envahissement infectieux et la lutte utile contre l'infection ? Ces bautes températures sont-elles familières aux myélites aiguës tombées dans la chronicité ? On nous accordera le droit indiscutable de ces questions à l'attention du clinicien.

Observation. — *Garçon de 14 ans ; dix jours après la grippe, premiers signes de myélite aiguë. La maladie s'accompagne d'hyperthermie et se termine par l'état chronique ; paralysie et anesthésie des membres inférieurs ; paralysie des sphincters Troubles trophiques (eschares, desquamation épithéliale.).*

— Mon... (Ang.), d'Oyonnac est un garçon de 14 ans, d'ordinaire bien portant, qui vers la fin d'avril 1892 prend la grippe. Sa maladie commence par des frissonnements, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres. Elle dure une huitaine de

(1) *Revue de médecine*, 1890, p. 677.

jours, au cours desquels le malade délire et tousse beaucoup.

Après avoir présenté les signes classiques de la grippe qui régnait à ce moment, le jeune Mon... retourne en classe. Mais ses jambes restent faibles et une quinzaine ne s'est pas passé, qu'elles deviennent le siège de fourmillements, de sensations de brûlures, de douleurs sourdes. Le jeune Mon... reprend le lit pendant trois jours. Quand il se relève, il a grand'peine à marcher. Il éprouve également de la difficulté à mettre ses chaussures par suite de douleurs qu'il ressentirait aux chevilles. Pendant cinq semaines, il se traîne ainsi, sans aggravation notable. Le 7 juin ses jambes fléchissent sous lui, la jambe droite plus que la gauche. Depuis le 12 juin, la marche est devenue impossible.

Le 13 juin, nous voyons l'enfant. Assis dans un fauteuil et très gai, il arrive à soulever encore la cuisse gauche, alors que le membre inférieur droit pend inerte, flasque. La sensibilité est conservée à gauche (tact, douleur) et est diminuée à droite. Les réflexes sont conservés des deux côtés. Pas de douleurs en ceinture; douleurs dans les reins surtout quand on lève l'enfant. La pression des vertèbres est douloureuse. Incontinence d'urine depuis le matin. Constipation. L'enfant n'a pas de fièvre et a conservé l'appétit. Les muscles des membres inférieurs ne sont pas atrophiés.

Prescription : Pointes de feu sur la colonne vertébrale, 0,40 d'iodure de potassium tous les jours.

Le 14. Sommeil paisible. L'enfant a uriné deux fois sous lui et a des érections presque continues. Les membres inférieurs sont paralysés et étalés inertes. Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes plantaires persistent un peu exagérés; au dessous d'une ligne partant du 7e espace intercostal et se portant transversalement en arrière, la sensibilité est diminuée. Les pointes de feu sont peu douloureuses sur la région lombaire; en avant une piqûre d'épingle est mal sentie. — T. s., rect. 38°,1; P. s., 108.

Le 15. T. m., 37°,8; s., 38°,8. P., 100. Notre jeune malade se plaint de douleurs dans les reins et sous les bras. Le réflexe plantaire persiste. On s'aperçoit que la vessie est pleine et on en pratique le cathétérisme matin et soir. Notre ami le Dr Julliard voit le malade.

Le 16. T. m., 38°,5; s., 38°,8. P. m., 84; s., 84. L'anesthésie remonte jusqu'au 5e espace intercostal.

Douleurs fulgurantes dans les deux bras, arrachant des cris au malade. Céphalalgie frontale. La force musculaire des bras est moindre à droite qu'à gauche; le malade était gaucher.

Prescription : sulfate de quinine, 40 centigrammes.

Le 17. T. m., 38°7; s., 38°,1. P. m., 112; s., 80. L'anesthésie a encore augmenté d'étendue et atteint en avant le 3e espace intercostal, en arrière la 7e vertèbre dorsale. Le réflexe plantaire a disparu. La nuque est contracturée et les tentatives de mouvement y réveillent de vives douleurs. Pas de troubles oculo-pupillaires. La respiration est relativement facile, mais la toux qui se produit de temps à autre est pénible, l'enfant venant avec peine à bout de l'effort qu'elle nécessite. Impossibilité de s'asseoir et de rester assis.

Prescription : Sulfate quinine, 40 centigrammes. Un vésicatoire au niveau des premières vertèbres dorsales.

Le 18. T. m., 39°,2; s., 39°,8. P. m., 108; s., 108. La force musculaire des bras diminue rapidement; à peine perçoit-on une légère pression quand on ordonne à l'enfant de vous serrer le poignet. La préhension des aliments devient difficile.

Le 19. Les érections ont disparu. Céphalalgie et somnolence. Soif vive. On constate un commencement de rougeurs à la fesse et au niveau du grand trochanter du côté droit. T. m., 39°,2; s., 40°. P. m., 108.

Le 20. Incontinence des matières fécales, consécutive à un laxatif. Toute la région supérieure du corps est le siège d'une hyperesthésie vive. Le moindre pincement de la peau est douloureusement ressenti.

Prescription : Frictions d'onguent napolitain. On continue de sonder le malade.

Le 21. Douleurs vives déchirantes dans le ventre. L'enfant se plaint de ne pouvoir respirer. Pas de paralysie apparente du diaphragme. Les mouvements des bras sont toujours possibles et le malade peut les élever au dessus de la tête, toutefois la force musculaire continue de faire défaut. L'anesthésie ne remonte pas au delà du 3e espace intercostal.

Une goutte de sang prise à la pulpe du doigt avec les précautions indispensables et mise en culture dans l'étuve à 35°, sur du bouillon peptonisé, reste stérile. Plusieurs cultures donnent le même résultat négatif. T. m., 40°,1; s., 39°,8.

Le 22. T. m., 40°,4; s., 39°, 8. P. m., 108; s., 108. Aux selles involontaires a fait suite la constipation. Abattement. Douleurs lancinantes dans les doigts.

Prescription : 40 centigrammes sulfate de quinine.

Le 23. T. m., 39°,4; s., 39°,4. P. s., 112. Plaque gangreneuse sur chaque fesse et au niveau du sacrum.

Prescription : Pansement avec une poudre iodoformée.

Le 24. T. m., 39°,2; P. 100; s., 38°,9.

Le 25. T. m., 39°,6; s., 38°,6. P. m., 100; s., 104. Douleurs vives dans les reins. La plaque gangreneuse de la fesse gauche augmente d'étendue.

Le 26. T. m., 38°,5; s., 38°,5. P. m., 96; s., 88.

Le 27. T. m., 38°,1; s., 39°. P. m., 88; s., 108. La constipation persiste malgré les lavements.

Le 28. T. m., 38°,3; s., 38°,7. P. m., 76.

Le 29. T. m., 37°,5; s., 39°,4. P. m., 76. Les doigts sont plus agiles; la force musculaire semble un peu augmenter dans les membres supérieurs. La respiration redevient facile. La toux reste pénible; aussi bien ne se produit-elle qu'artificiellement sur commande au malade. L'appétit a reparu.

Le 30. T. m., 38°,4; s., 38°,8. P. m., 80.

1er juillet. T. m., 38°,1; s., 38°,9. P. m., 76. La raideur de la nuque disparaît. On continue de sonder le malade. Les urines ne sont pas ammoniacales.

Le 2. T. m., 38°; s., 40°. P. m., 88.

Le 3. T. m., 37°,7; s., 39°. P. m., 100.

Le 4. T. m., 38°,2; s., 38°,1. On constate des troubles trophiques de la peau traduits par un état rugueux et une desquamation épithéliale à la paume des mains, sur le ventre, les aines, la verge, le scrotum, les membres inférieurs. A la paume des mains la desquamation met à nu des plaques claires se détachant sur les îlots jaunes de peau ancienne; les sillons de ces plaques claires sont comblés d'une poussière épithéliale qui dessine des traînées blanchâtre. La desquamation sur le ventre, et les membres inférieurs se fait par écailles fines et grises; dans les aines, sur la verge, le scrotum, elle s'effectue par lamelles plus larges, humides.

Le 5. T. m., 37°,9; s., 37°,8. On interrompt les frictions d'onguent napolitain et on redonne la potion iodurée.

Le 6. T. m., 38°,3; s., 38°,6. Les jambes sont œdématiées.

Le 7. T. m., 38°,2; s., 38°,2.

Le 8. T. m., 38°,6; s., 38°. Atrophie symétrique commen-

çante des muscles de la cuisse et du mollet. Toute la partie supérieure du thorax (à partir du 3e espace), la face, les bras semblent hyperesthésiés. Selles involontaires après des laxatifs. On continue de sonder le malade matin et soir. Les urines contiennent du pus, mais ne sont pas alcalines.

Le 9. T. m., 38°,1; s., 38°,9. P. m., 76.

Le 10. T. m., 37°,7; s., 38°,3. P. 60.

Le 11. T. m., 37°,8; s., 38°. P. m., 64. La sensibilité gagne du terrain et est revenue au 5e espace intercostal. Les eschares continuent de suppurer.

L'appétit est normal. Les nuits sont bonnes. La gaîté a reparu. Œdème des membres inférieurs.

Les jours suivants la température oscille autour de 37°1/2. La phase chronique de la maladie est constituée.

3 septembre. État stationnaire. L'eschare fessière droite creuse en profondeur. L'atrophie des membres inférieurs ne semble pas avoir fait de progrès; la peau sèche, rugueuse, épaissie, œdématiée sur toute l'étendue du membre inférieur empêche de percevoir exactement l'état des muscles sous-jacents. Les urines restent purulentes.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

TROIS OPÉRATIONS SIMPLES SUIVIES DE MORT CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'ANCIENNES MALADIES DU FOIE (1).

Par M. VERNEUIL.

> « On parle volontiers en citant mes recherches de mon *infatigable ténacité*; les uns l'approuvent, d'autres la trouvent fatigante; c'est de parti pris que j'agis de la sorte..., il faut donc s'attendre à lire encore de ma prose jusqu'à ce que les chirurgiens soient convaincus du danger que font courir aux blessés les affections antérieures du foie... et jusqu'à ce que les praticiens tiennent compte de ce danger quand ils poseront leur pronostic et discuteront les indications et contre-indications opératoires. »
>
> (VERNEUIL, *revue de chirurgie*, 1884, p. 540.)

En 1846, dans le service de Bazin, mon illustre maître, je recueillis ma première observation de maladie du foie (cirrhose) rapidement terminée par la mort à la suite d'une simple ponction abdominale. Le fait resta inédit jusqu'en 1875, mais mon attention, d'ailleurs tenue en éveil par les écrits de Norman Chevers (2), de Gubler (3) et surtout de Monneret (4) fut sans cesse portée sur les rapports des maladies du foie et des affections chirurgicales. En 1887, au premier Congrès de Paris, j'en parle sommairement. En 1875, au Congrès de Bruxelles, j'en fais l'objet d'une longue communication. Dans cette enceinte même, en 1872 (*Bullet.*, p. 844), je traite de l'*Ictère traumatique* et, en 1887 (*Bulletin*, XVIII, p. 489), *du traitement de certaines épistaxis rebelles*. — Entre temps, j'ai publié ou fait publier par mes élèves un bon nombre de notes ou de thèses dont on trouve la liste dans un *index* que je joins au présent travail.

Dans ces dernières années, j'ai quelque peu délaissé le sujet et peut-être à tort, puisque ces associations hépato-traumatiques si souvent funestes se montrent encore, et que rien à ma connaissance n'a été fait pour en conjurer les dangers.

Il y a plus, les progrès incontestables et incessants de la méthode antiseptique ont pu faire croire à quelques chirurgiens que le péril n'existe plus ou qu'il a été exagéré et constitue dès lors une quantité négligeable.

Il y a là une illusion qu'il convient de dissiper. Jadis, j'en conviens, quand on opérait un hépatique, on courait le risque de voir l'affection du foie s'aggraver d'une part et de l'autre des accidents locaux plus ou moins graves : phlegmons, gangrène, hémorrhagies, surgir au foyer opératoire. Aujourd'hui, par bonheur, les complications de ce dernier ordre ont presque disparu, mais on a toujours à redouter l'aggravation de la maladie viscérale antérieure.

C'est pour le démontrer et chercher s'il n'y aurait pas quelque remède à ce mal, que je reprends aujourd'hui la parole et la plume.

En ce qui touche la question de fréquence, il me suffira de dire que les trois faits inédits que je vais avoir l'honneur de vous communiquer ont été observés, dans mon service, dans le court espace de quelques semaines.

En voici la relation :

OBSERVATION. I. — *Arthrotomie tibio-tarsienne anaplastique par fracture ancienne; réunion sans drainage; aucun accident local primitif ni secondaire; ictère traumatique dès le troisième jour; plus tard pneumonie à droite, pleurésie à gauche. Mort le vingt et unième jour dans l'adynamie; cirrhose graisseuse hypertrophique; ascite, gastrite alcoolique; pneumonie guérie.*

Augustine H..., 38 ans, taille moyenne, bonne constitution, embonpoint naturel; n'a point d'antécédents morbides et dit avoir toujours joui d'une excellente santé; une seule couche à 20 ans. Employée dans un établissement où elle ne manque de rien.

En décembre 1891, fracture bimalléolaire avec subluxation très prononcée du pied en arrière. Traitement imparfait qui laisse les choses en l'état, d'où impotence douloureuse du membre. D'ailleurs, point d'accidents généraux à cette époque ni ultérieurement.

Rien ne paraissant contre-indiquer une opération vivement désirée par le malade et qui était d'ailleurs indispensable sous peine d'infirmité incurable, M. Ricard, le 16 juin 1892, pratique l'arthrotomie, dégage l'astragale et remet tout en place de la façon la plus satisfaisante (1). Plaie réunie avec douze points de suture sans drainage, gaze iodoformée, gouttière plâtrée pansement ouaté léger; suites immédiates fort simples, le lendemain, faible ascension du thermomètre à 38°, puis 37° et 37°,5 le troisième jour.

Le 19, quatrième jour, nouvelle ascension qui disparaît à la suite d'un purgatif doux.

Le 20, état excellent. Toutefois, sans cause connue, un symptôme particulier avait surgi dès le matin du troisième jour, je veux parler d'un ictère généralisé qui devint de plus en plus foncé depuis son apparition jusqu'à la mort.

De plus, matières fécales décolorées, urines chargées de matière biliaire, langue couverte d'un enduit blanchâtre, et malgré tout, bon état moral, apyrexie, sommeil naturel, indo-

(1) Académie de médecine, 2 août 1892.
(2) *Guy's Hospital Reports*, t. 1, p. 78, 1845.
(3) *De la cirrhose*, 1853.
(4) Hémorrhagies produites par les maladies du foie, *Arch. gén. de méd.*, juin 1854, p. 641.

(1) M. Ricard publiera les détails de cette opération qu'il pratiquait alors pour la seconde fois.

lence complète du ventre, intégrité des organes thoraciques, rien à noter au foyer opératoire ni dans le membre correspondant.

Le 21, malaise, toux légère, le thermomètre qui marquait 37°,4 le matin, monte le soir à tout près de 39 degrés.

Le 22, un peu d'oppression, la toux augmente, la fièvre continue; on reconnait, par la percussion et l'auscultation, à la base du poumon droit, un point de pneumonie qui s'étend les jours suivants de façon à envahir tout le lobe inférieur, malgré l'emploi des vésicatoires volants et des purgatifs répétés.

Le 23, crachats hémoptoïques, d'ailleurs peu abondants; la fièvre persiste ce jour-là et les suivants avec de grandes oscillations, 37°,2, 37°4, 38° le matin, 39°,8 le soir.

Le 27, l'état général empire, inappétence complète, constipation rebelle, langue sale. Deux épistaxis de courte durée. A la région du foie, douleur assez vive qui rend pénible l'exploration de cet organe, dont on constate néanmoins la très notable augmentation de volume. Ventre ballonné en haut et en avant, mat en bas et sur les côtés. Urines rares, très foncées, point d'albumine, urée descendue à 11 p. 1000. Nouvelle purgation. Lait coupé avec eau alcaline.

Le 30, la température à 39° le matin descend subitement le soir à 37°,2, les signes de la pneumonie ont presque complètement disparu, mais l'état ne s'améliore guère.

Le 1er juillet, nouvelle ascension brusque le soir; c'est la dernière, car à partir de ce jour jusqu'au 6, il y a plutôt hypothermie. Cette ascension est peut-être due à une crise hémorrhoïdaire avec inflammation douloureuse de trois ou quatre hémorrhoïdes externes, en tout cas, à partir de ce moment, l'issue fatale n'était plus douteuse, l'ictère était plus prononcé que jamais et l'ascite évidente, quoique peu considérable. Au reste, nulle douleur, indifférence, intelligence un peu obtuse, pouls petit, respiration facile.

Le 4, subdelirium tranquille. Mort le 7 à 3 heures du matin.

Autopsie. — Trente heures après, pas de décomposition cadavérique, embonpoint et musculature d'une personne bien portante. A l'ouverture du ventre, issue de 2 litres environ de sérosité d'un jaune intense.

Gros intestin très distendu. Mésentère, épiploons et appendices épiploïques surchargés de graisse. Foie très volumineux, pesant 3 kil. 500, à surface lisse, sans périhépatite et présentant le type de la cirrhose graisseuse hypertrophique. *Gros foie gras lisse*, nous dit notre collègue et ami le professeur Cornil qui assiste par hasard à l'autopsie et qualifie également de *spléno-pneumonie* à peu près guérie la lésion du poumon droit; plèvre saine de ce côté, en revanche, dans la plèvre gauche, épanchement séreux méconnu de 300 grammes environ; légères adhérences de fraîche date avec le poumon correspondant d'ailleurs tout à fait sain.

Muqueuse gastrique vascularisée comme chez les alcooliques.

Rate de volume et de consistance ordinaires.

Rectum sain; les hémorrhoïdes enflammées sont exclusivement externes.

Reins sans lésions apparentes.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Membre inférieur opéré, un peu œdémateux. Le gonflement qui remonte jusqu'à l'aine est plus prononcé que du côté opposé, mais n'a aucun caractère inflammatoire.

La configuration de la région tibio-tarsienne est irréprochable et ne laisserait soupçonner ni le premier accident, ni la dernière opération.

La plaie, dont les sutures sont encore en place, est complètement cicatrisée. On enlève les fils, on désunit pour examiner le foyer opératoire, c'est-à-dire l'articulation tibio-tarsienne, laquelle est comblée par des adhérences molles, sans liquide ni traces quelconques de suppuration. De ce côté donc et du fait de l'opération, aucun des accidents traumatiques classiques.

M. Baretta m'a remis la note suivante :

« L'examen microscopique confirme absolument le diagnostic porté à l'œil nu. Les coupes montrent une prolifération conjonctive générale constituant une cirrhose *inter* et *intra-lobulaire*. Les travées de tissu conjonctif adulte pénètrent et sillonnent en tous sens les lobules hépatiques et en masquent la disposition.

« Les parois des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires sont épaissies, les cellules hépatiques déformées, aplaties, dégénérées ou complètement détruites en certains points; elles représentent à peine la moitié de la quantité normale.

« La recherche des micro-organismes est complètement négative. »

Je ne vis cette malade que le 1er juillet; son état paraissait fort sérieux déjà, bien que l'incident pneumonie semblât vidé et que la température fût tombée.

Mes élèves avaient bien reconnu l'affection du foie, au développement qu'avait subi la glande et à l'ictère, mais ils n'étaient fixés ni sur la date de son début ni sur ses causes.

Le lendemain, à ce propos, je fis une leçon sur l'*Ictère traumatique*. Rappelant ce que j'avais écrit à ce propos en 1872 et depuis, je m'efforçai d'établir qu'en pareil cas, et tout soupçon de pyohémie étant ici mis de côté, l'ictère n'éclatait que chez les sujets atteints *antérieurement* d'une affection hépatique plus ou moins latente que le traumatisme réveillait. Pour justifier mon assertion, j'interrogeai très soigneusement cette femme et j'appris qu'elle était dyspeptique depuis longtemps, que le matin elle avait souvent des vomissements soit muqueux, soit bilieux, qu'avec ou sans coliques elle rendait assez fréquemment des selles bilieuses liquides; qu'elle ressentait parfois des points de côté à l'hypochondre droit, et qu'elle était sujette à des crises hémorrhoïdaires, — dont elle était précisément atteinte en ce moment, — et qu'enfin le soir le bas des jambes était le siège d'un œdème qui, du reste, existait encore au jour actuel, non seulement du côté opéré, mais aussi sur le membre sain. Tout cela établissait bien clairement la préexistence d'une affection hépatique.

La nature de celle-ci était moins évidente, car A... niait résolument toute intempérance, ne présentait aucun signe de lithiase biliaire, et, à coup sûr, n'avait pas de cancer. Une cirrhose hypertrophique seule était admissible; au reste, tel fût le diagnostic porté le lendemain par M. Thiroloix, élève très distingué de notre collègue M. Lancereaux, qui affirma même que l'affection était d'origine alcoolique, opinion confirmée plus tard par le professeur Cornil à la salle d'autopsie.

Cela me conduisit à faire sur les habitudes d'Aug. A... une enquête d'où résulta que, irréprochable dans sa conduite et dans l'accomplissement de ses fonctions pendant le jour, elle avait depuis six ans, à la suite de grands chagrins, contracté l'habitude, une fois rentrée chez elle à 9 heures du soir, de boire des liqueurs fortes variées pour se procurer du sommeil. Nous aurions voulu savoir si lors de sa fracture de décembre

1891, il y avait eu déjà retentissement du côté du foie et aggravation de la cirrhose déjà ancienne, mais nous ne pûmes avoir aucun renseignement.

OBSERVATION II. — *Polype utérin volumineux. Métrorrhagies abondantes depuis cinq ans, anémie extrême. Ablation rapide et faite avec l'écraseur linéaire, antisepsie vaginale et utérine soignée avant, pendant et après l'opération; aggravation continue de la septicémie préexistant à l'opération. Mort en adynamie trois jours et quelques heures après; point d'autre lésion cadavérique qu'une stéatose avancée du foie.*

Céline B..., ménagère, 51 ans, taille moyenne, assez forte structure, embonpoint notable, santé parfaite jusqu'à 46 ans; a eu quatre enfants robustes et bien vivants, la dernière couche date de dix-neuf ans.

Il y a cinq ans, les règles augmentent et dégénèrent en pertes de plus en plus abondantes dans l'intervalle desquelles a lieu souvent un écoulement fétide; en même temps, dyspepsie avec vomissements après le repas, diarrhée fréquente.

Depuis quatre ans, les forces ont tellement décliné que tout travail est devenu impossible. Il y a trois ans apparaissaient pour la première fois des coliques utérines répétées.

La malade entre dans nos salles le 7 juillet. Elle est d'une pâleur tirant sur le jaune et d'une faiblesse extrême; les membres inférieurs, sans traces de varices ni de phlébite, sont œdématiés même au repos; palpitations de cœur, souffle anémique au premier temps se propageant dans les carotides, pouls faible, accéléré, température assez élevée déjà constatée dans un service de médecine, 39° le matin, 38°,3 le soir; respiration faible mais normale; inappétence presque absolue, constipation habituelle, langue humide toutefois; les urines, rendues facilement, sont troubles et abondantes, elles renferment une faible quantité d'albumine mais point de pigment biliaire.

L'examen des voies génitales fait constater sans peine l'existence dans le vagin d'un polype fibreux, du volume d'une grosse orange, arrivant presque jusqu'à la vulve et remplissant le vagin de façon qu'il est difficile d'atteindre avec le doigt l'orifice du col, d'ailleurs très élevé; la matrice, cependant, ne déborde pas sensiblement à l'hypogastre la symphyse pubienne; ventre assez volumineux, à parois chargées de graisse, souple, indolent, non ballonné; le foie, exploré avec soin, paraît plutôt petit, la pression à son niveau n'est pas douloureuse.

L'opération étant formellement indiquée et semblant même être assez urgente, on commença aussitôt l'antisepsie vaginale. Des injections abondantes sont pratiquées matin et soir avec la solution phéniquée à 1 p. 100, mais le volume du polype ne permet guère de les faire pénétrer jusqu'au fond du vagin, encore moins dans la cavité utérine elle-même. Elles sont renouvelées le lendemain 8 et abaissent la température sans la ramener à la normale, car le 8 au soir le thermomètre est encore à près de 38°,5. La malade a pris du lait avec plaisir; un lavement purgatif provoque une évacuation abondante.

Le 9, au matin, la température est à 38°. L'état général étant meilleur, nous nous décidons à opérer, après avoir discuté le choix à faire entre l'ablation avec les ciseaux après fragmentation préalable et la section du pédicule avec l'écraseur linéaire. J'opte pour ce dernier procédé. Quelques inhalations de chloroforme amènent rapidement un sommeil tranquille. La vulve assez étroite étant dilatée, deux pinces de Museux appliquées sur l'extrémité libre du polype l'abaissent et le fixent. Le doigt, glissé entre lui et la paroi vaginale, arrive jusqu'à l'orifice du col et y pénètre; en faisant exécuter à la tumeur quelques mouvements de rotation sur un grand axe, puis en introduisant une sonde de femme dans la cavité utérine, on reconnaît d'abord que le pédicule est de petit volume et qu'il s'insère à la réunion du fond de la matrice avec la paroi postérieure; ce qui, sans morcellement préalable, eût rendu malaisé l'emploi des ciseaux et permettait au contraire de compter sur l'action prompte et facile de l'écraseur.

En effet, en deux ou trois minutes, la chaîne ayant franchi l'équateur du polype, il ne restait plus qu'à rétrécir peu à peu l'anse pour qu'elle allât d'elle-même étreindre le pédicule à son insertion. La constriction à raison d'un cran toutes les trente secondes, effectua la section en huit à neuf minutes, il ne restait plus qu'à amener au dehors la tumeur qui, à cause de son volume, ne franchit qu'avec peine l'orifice vulvaire. Conformément à nos prévisions, le pédicule avait à peine 15 millimètres de diamètre. Il ne s'écoula pas une seule goutte de sang, ni pendant ni après l'opération. Il importe de dire qu'à diverses reprises, avant que la chaîne fût introduite, dès qu'elle fut en place, pendant qu'elle fonctionnait, enfin après l'issue du polype on injecta dans le vagin et dans la cavité utérine désormais accessible une bonne quantité d'eau phéniquée tiède à 2 p. 100.

On termina en faisant un léger tamponnement de la cavité vaginale avec la gaze iodoformée. Malgré ces précautions et bien que l'opérée n'eût pas présenté d'autre symptôme qu'une grande faiblesse, le thermomètre monta le soir à 38°,5.

Le lendemain, l'ascension continue: 38°,6 le matin, 38°,8 le soir et la dépression des forces augmente; le ventre est ballonné, un peu sensible seulement dans la région du foie, urines normales, point de selles, ni nausées, ni faim, ni soif. On supprime le tamponnement et on pratique matin et soir avec beaucoup de soin les irrigations antiseptiques qui ressortent claires et sans odeur putride. Lait, bouillon et vin sont ingérés en petite quantité et bien tolérés.

Le 15, troisième jour, adynamie profonde, pouls à 126, misérable, 39°,5 tout le jour, même état du ventre, foie un peu plus sensible, légère teinte ictérique des conjonctives, langue un peu sèche. Continuation des injections antiseptiques, faibles frictions excitantes sur le corps, vésicatoire volant sur l'hypochondre droit, lavement pour provoquer des selles qui manquent depuis l'opération. Tout est inutile, la malade s'éteint sans souffrance le jour suivant dans l'après-midi, soixante-dix-huit heures exactement après l'opération.

Autopsie quarante heures après la mort; aucune décomposition cadavérique, teinte ictérique prononcée de tout le corps.

Cavité abdominale. Intestins distendus, péritoine exsangue, absolument sain même dans la cavité pelvienne au niveau de la matrice et de ses annexes; appendices épiploïques volumineux d'un jaune intense. Reins anémiés, de volume et d'aspect normaux.

Rate un peu tuméfiée et ramollie.

Foie plutôt petit, pesant 1.150 grammes, mou, jaune pâle, à surface lisse, atteint de stéatose avancée.

Cœur mou, pâle, sans lésions des orifices, myocarde en dégénérescence graisseuse manifeste.

Poumons sains, traces d'ancienne pleurésie peu étendue à droite; l'utérus d'un tiers plus gros qu'à l'état normal, sans

la moindre trace d'inflammation, est aussi exsangue que les autres organes, sa cavité ne renferme aucun liquide et n'exhale aucune odeur. La face interne ne présente point de vascularisation, ni d'éraillure ; le pédicule a été coupé au ras de son insertion. La petite plaie est grisâtre, du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Les annexes ainsi que le vagin sont exempts de toute lésion.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Voici la note que m'a remise M. Beretta, mon chef de laboratoire, après examen microscopique.

« Le raclage, sur une coupe fraîche, donne un suc très riche en gouttelettes graisseuses libres et quelques cellules hépatiques entières à divers degrés de dégénérescence graisseuse, depuis l'apparition de fines granulations dans le protoplasma jusqu'à la quasi disparition de ce dernier remplacé dans la la cellule gonflée par de grosses gouttes huileuses.

« Les lobules hépatiques ont conservé leur disposition normale sans autre lésion que la dégénérescence susdite des cellules. Sur certaines coupes traitées par double coloration on découvre une quantité énorme de bactéries accumulées, surtout dans les vaisseaux ; ce sont des bâtonnets à extrémités arrondies isolés ou réunis deux à deux, bout à bout, et conservant la coloration dite de Gram, ce qui les distingue du *bacterium coli commune* auquel elles ressemblent un peu.

« Le rein est normal, ni stéatosé ni amylosé. On retrouve dans les vaisseaux et les glomérules la même accumulation de bactéries.

« L'autopsie n'ayant été faite que le 14 juillet, quarante heures après le décès, on peut penser qu'il s'agit là d'une invasion microbique *post mortem*. Cependant, la malade ayant eu de la fièvre et une véritable septicémie avant et après l'opération, l'infection pendant la vie par la bactérie sus décrite n'est pas inadmissible. Il est à regretter que l'examen du sang n'ait pas été fait avant l'opération et avant la mort. »

Les doutes de M. Beretta sont fort légitimes. Toutefois, ce qui autorise à admettre que l'infection bactérienne a commencé pendant la vie et aurait pu être soupçonnée d'après l'existence de la fièvre, c'est que chez la malade de l'observation I atteinte de cirrhose alcoolique il n'y avait pas traces de bactéries dans le foie, bien que l'autopsie ait eu lieu au bout de trente heures par une journée très chaude (8 juillet). A la vérité, cette dernière opérée, après avoir eu pendant quelques jours une fièvre dépendant de sa pneumonie, était tombée au contraire en hypothermie depuis plusieurs jours avant de mourir.

OBSERVATION III. — *Cancer du foie. Hernie étranglée, kélotomie ; succès rapide et complet de l'opération. Pneumonie le dixième jour après le début des accidents. Mort dans l'adynamie le dix-septième.*

Del... (J.), 67 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1892, à 10 heures du matin, portant dans l'aine gauche une hernie crurale de petit volume, étranglée depuis deux jours à la suite d'un effort. Douleur locale, aucune émission de matières fécales, ni de gaz, vomissements verdâtres peu abondants, urines rares, ictériques, ventre assez ballonné mais presque indolent, point de péritonite bien manifeste, abattement sans algidité, aliments uniformément rejetés, battements du cœur irréguliers, parfois tumultueux, bruit de souffle au deuxième temps.

Outre l'affection herniaire aiguë si redoutable à courte échéance, Del... présentait une autre lésion non moins menaçante quoique à plus long terme. Issue de parents morts à un grand âge, mais ayant eu un frère enlevé à 50 ans d'un cancer du rectum, elle a joui d'une excellente santé jusqu'à 63 ans. A cette époque, apparurent de la dyspepsie, la perte d'appétit, le dégoût profond de la viande avec des douleurs lombaires et quelques troubles dans la miction ; néanmoins, à 64 ans, elle fut heureusement opérée de la cataracte.

En 1890, grippe violente qui semble démasquer l'affection hépatique caractérisée dès lors par l'ictère, l'accroissement de volume du foie considérable et progressif depuis un an surtout, l'émaciation, la diminution des forces, etc. Aujourd'hui, glande hépatique énorme, remontant dans la poitrine jusqu'au mamelon, débordant les fausses côtes, distendant l'épigastre jusqu'au voisinage de l'ombilic, très ferme, présentant de grosses bosselures qui soulèvent la paroi abdominale amincie, offrant, en un mot, tous les caractères du cancer ; toutefois sans ascite ni anasarque ; maigreur très considérable, coloration jaune verdâtre de la peau et des conjonctives.

L'étranglement herniaire abandonné à lui-même étant à peu près fatalement mortel, l'intervention opératoire ne se discute guère tant elle est impérieusement commandée. D'autre part, les opérations pratiquées sur des sujets atteints de volumineux cancers viscéraux donnent de si mauvais résultats qu'elles semblent presque absolument contre-indiquées.

D'où réel embarras pour M. Ricard qui dirige actuellement mon service et pour M. Thiéry, mon chef de clinique, lesquels, après mûre réflexion, décidèrent de pratiquer la kélotomie, ne fût-ce que pour soulager la patiente et chercher à prolonger sa vie. Ils résolurent, d'ailleurs, de réduire au minimum l'action chirurgicale en se contentant de lever l'étranglement sans tenter la cure radicale et de ne faire qu'un simulacre d'anesthésie avec quelques inspirations de chloroforme et une injection cutanée de cocaïne.

L'opération pratiquée séance tenante par M. le Dr Thiéry fut fort simple. On mit rapidement à nu un petit sac distendu par de la sérosité (qui, examinée sur-le-champ par M. Beretta, était colorée par la bile, *mais ne renfermait aucun microorganisme*), puis on découvrit l'intestin de couleur violacée et fortement serré au niveau du collet du sac, après désinfection soignée de l'anse intestinale, débridement rendu un peu malaisé par l'étroitesse de l'anneau constricteur. Réduction facile. Fermeture de la plaie à l'aide de quelques sutures ; pansement sec à la gaze iodoformée.

L'opération amène un soulagement rapide. Cessation des vomissements, émission spontanée des gaz dans la soirée et des matières fécales le lendemain ; indolence et affaissement du ventre, apyrexie complète, retour de l'appétit. Etat général très satisfaisant pendant neuf jours. Au septième, on avait enlevé les sutures et constaté la réunion parfaite de la plaie.

Mais, le 9 juin, dans l'après-midi, brusquement et sans cause appréciable, la scène change, le malaise survient et la température s'élève à 38°,4.

Le lendemain elle atteint, le matin même et le soir, 39°,4. Point de côté à droite, sensibilité à la pression dans la région du foie. Les urines rares, fortement colorées, ne renferment ni albumine ni sucre, mais seulement de la matière biliaire. La plaie opératoire, n'offrant rien d'anormal, n'est pour rien dans les accidents.

Le 11 juin, on reconnaît un point de pneumonie à la base du poumon droit : un vésicatoire, un purgatif n'améliorent point

la situation. La température reste élevée à 30° et l'état général mauvais.

Le 12, langue sale, fendillée, muguet abondant recouvrant toute la muqueuse buccale, diarrhée, pouls petit à 100 pulsations.

Le 13, pneumonie à gauche dans le lobe inférieur. Dyspnée considérable. Applications de ventouses sèches.

Le 14, la température décroît rapidement, les urines et les fèces s'échappent involontairement, les symptômes adynamiques apparaissent et s'aggravent jusqu'à la mort qui survient le 16.

L'autopsie fut interdite, mais on peut affirmer qu'il n'y eut ni accidents du côté de la plaie ni péritonite opératoire.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC DES RÉFLEXES TENDINEUX

Par John Ferguson,
De l'Université de Toronto (Etats-Unis-d'Amérique)

(*Suite et fin*) (1)

J'appellerai ensuite l'attention sur l'état de contusion cérébrale dont j'ai eu l'occasion d'observer 5 exemples. Dans ces cas, le réflexe du genou a été soigneusement examiné et présentait quelques caractères d'un intérêt réel pour tout médecin de science. Dans un cas, où la contusion avait été produite chez un jeune homme, par un coup violent porté sur la tête à l'aide d'un sac de sable, il persista, après disparition du choc cérébral, une accentuation très marqué du réflexe du genou. Les réflexes superficiels étaient exagérés. Point de trépidation épileptoïde du pied; ce fut surtout pendant la période d'irritation cérébrale que le réflexe patellaire s'exagéra le plus fortement. La guérison eut lieu naturellement; et à mesure que le cerveau revenait à son état normal et que l'intelligence se manifestait à nouveau, le réflexe du genou devenait de moins en moins actif pour reprendre ses caractères normaux. Dans un autre cas de contusion cérébrale, déterminée par la chûte d'un homme hors d'un wagon, dont il avait été jeté, l'état de contusion ne s'améliora pas, et le malade mourut à la fin de la sixème semaine. Au niveau du cerveau, on trouva des marques de méningo-encéphalite diffuse. On peut supposer que, dans ce cas, la substance corticale a été profondément intéressée et que son pouvoir inhibitoire sur les centres spinaux doit avoir été notablement réduit. Pendant l'évolution de la maladie, le réflexe du genou se trouva accru d'une façon marquée. Vers la fin, la trépidation épileptoïde du pied apparut également. Ce cas se rapproche beaucoup de la parésie générale progressive, dans laquelle, ainsi que je l'ai déjà montré, le réflexe du genou est augmenté quand la maladie affecte seulement le cortex cérébral, ou l'affecte surtout. Dans un autre cas de contusion, on put noter quelques faits très intéressants. Le réflexe du genou était diminué d'un côté, mais non aboli; il était augmenté de l'autre côté. Étant donné que le malade se rétablit, la seule façon d'expliquer ces conditions croisées des réflexes, est de supposer que les influx cérébraux et cérébelleux ont été très différemment affectés de chaque côté. D'un côté, l'inhibition cérébrale était détruite, et le réflexe patellaire était très prononcé. De l'autre, le pouvoir cérébelleux était défectueux et le réflexe du genou était diminué. Dans les deux derniers cas, la contusion était légère et les effets n'en durèrent que quelques jours. Mais, pour chacun d'eux, cependant, il existait une augmentation de la réaction tendineuse. Dans le premier, la réaction était rapide et l'étendue du soubresaut de 3 pouces environ; dans le second, la réaction également était au-dessus de la normale en sensibilité, et le pied était lancé jusqu'à 5 pouces en avant. Je me résumerai, en conséquence, ainsi qu'il suit: 1° Dans les cas de contusion cérébrale, après que l'état de choc primitif est passé, le dommage porté au cortex cérébral est d'autant plus grand que l'augmentation du réflexe rotulien est plus accentuée; 2° l'accentuation progressive du réflexe est un symptôme défavorable; 3° enfin, le retour de la réaction à ses conditions normales doit être considérée comme un bon signe.

Si nous revenons maintenant à la moelle elle-même, nous nous trouvons en face de problèmes nouveaux nombreux, grâce aux travaux de Charcot, d'Erb, de Westphal, de Gowers, et de beaucoup d'autres. L'obscurité qui d'abord enveloppait toutes ces questions, s'est trouvée dissipée, et nous commençons maintenant à voir notre chemin là où autrefois nous ne savions dans quel sens nous diriger. Nous sommes tous familiers avec l'accroissement du réflexe patellaire qui apparaît dans les dégénérescences primaires et secondaires des tractus latéraux ou pyramidaux. Cela est, sans doute, dû à ce fait que le pouvoir inhibiteur du cerveau ne peut plus s'exercer normalement sur les centres spinaux; le cervelet n'est plus contrebalancé par son voisin plus considérable. Dans les cas où le réflexe du genou est réduit ou perdu à la suite de maladies spinales, la chaîne du réflexe est brisée dans la moelle au niveau de la fonction des parties motrices et sensorielles de cette chaîne. Quand l'affection est localisée, ainsi qu'on le voit dans l'ataxie locomotrice, dans les colonnes postéro-externes, le dommage est produit au niveau de la terminaison des parties sensorielles. Dans les cas où l'affection porte sur les cornes antérieures, le circuit est brisé à l'origine des parties motrices. Plus rapides seront les dégénérescences dans toutes ces parties, plus précoce, également sera la perte du réflexe patellaire. C'est ici qu'on peut apprécier la grande valeur de ce phénomène, car il nous permet de juger, et cela dans une grande mesure, la marche que fait le processus morbide. Dans le cas de maladie des colonnes postéro-externes, il y aura à la fois perte du réflexe rotulien avec production de symptômes sensoriels, et absence de flaccidité et de dégénérescence musculaires; quand les cornes antérieures sont impliquées, il existe en même temps de la flaccidité et de la dégénérescence musculaires et une absence de symptômes sensoriels particuliers. Il est donc bien évident que plus sera rapide et complète la perte du réflexe patellaire dans ces affections, plus rapides seront les envahissements de la maladie, et moins favorable deviendra le pronostic.

Dans l'ataxie, une période de quiescence de la malade peut se décider par le fait que la diminution du réflexe patellaire ne s'accentue plus. Dans l'inflammation des

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 36 et 37.

cornes antérieures, l'état stationnaire ou le retour à l'état normal du réflexe du genou sont de bons signes, car ils montrent que la destruction des cellules des cornes antérieures ne progresse plus, ou même qu'il s'est produit quelque amélioration. Dans le cas de paraplégie par compression, comme dans la maladie de Pott, il existe généralement une exagération extrême des réflexes, et la trépidation épileptoïde du pied et du muscle droit peut être facilement décelée. Cet état d'excitabilité extrême des réflexes profonds ne veut point dire qu'il existe une dégénérescence, car j'ai souvent vu guérir de tels cas. Mais il est un point sur lequel je désire maintenant attirer l'attention, c'est que, au moment où l'amélioration commence à se manifester et que le processus pathologique affectant la moelle tend à la régression, le réflexe du genou commence à décroître en étendue et en activité. C'est ainsi que nous possédons, dans l'étude de ce phénomène, une clef qui nous permet dans une certaine mesure, de lire dans les modifications qui se produisent au niveau de la moelle.

Dans les formes combinées de dégénérescence de la moelle, la valeur du réflexe patellaire est encore très grande. Quand les tractus latéraux et les cornes antérieures sont simultanément atteints, ce qui constitue la maladie connue sous le nom de sclérose latérale amyotrophique de Charcot, le réflexe doit être exagéré en tant que la maladie atteint les tractus pyramidaux, diminué au contraire ou même perdu, en tant que la dégénérescence se porte sur les cornes antérieures. Si cette dégénérescence atteint le centre du réflxe patellaire, situé, ainsi que l'a montré C. S. Sherrington, au niveau de la racine de la quatrième paire lombaire, le réflexe sera perdu. Dans l'autre état de dégénérescences combinées, la paraplégie ataxique de Gowers, nous avons de même un facteur, la dégénérescence des tractus pyramidaux, qui produit l'augmentation du réflexe, et un second facteur, la dégénérescence des colonnes postérieures, qui en détermine l'amoindrissement. On peut voir que, dans ces deux dernières affections, le réflexe du genou mérite une étude très approfondie. Par sa perte, nous pouvons approximativement déterminer le degré de l'atteinte portée aux deux parties de la moelle, c'est-à-dire, d'une part, aux cornes antérieures, d'autre part, aux zones radiculaires postérieures.

J. Babinsky, récemment chef de clinique à la Salpêtrière, rapporte, dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, n° du 2 novembre 1891, deux cas de compression de la moelle dans laquelle il existait une paraplégie motrice complète. Dans l'un des cas, il y avait perte de la sensibilité qui persistait dans le second. Les deux malades présentaient des symptômes vésico-rectaux. Sur le premier, la maladie siégeait au niveau de la quatrième vertèbre dorsale; sur le second, elle englobait les quatrième, cinquième, sixième et septième racines cervicales. Un examen très soigneux de la moelle après la mort, a prouvé ce fait important, dans les deux cas, qu'il n'existait aucune modification de la moelle elle-même. On ne trouva de dégénérescence soit ascendante, soit descendante dans aucun de ses éléments constitutifs. La maladie siégeait en dehors de la moelle. Kadner et Druschky ont chacun rapporté un fait semblable. Dans tous ces faits, le caractère principal consistait en la perte absolue du réflexe patellaire. Il y avait, en d'autres termes, une paraplégie motrice complète du type flaccide.

Aux cas qui viennent d'être mentionnés, j'ajouterai un fait analogue que j'ai observé en consultation et dont j'ai pris quelques notes. Il s'agissait d'un homme qui posait le parquet dans une bâtisse en cours de construction; il se tenait dans une position courbée quand un bloc de charpente tomba sur lui, de quelque hauteur, le frappant au dos et lui écrasant gravement les téguments du niveau des trois dernières vertèbres cervicales et de la première vertèbre dorsale. Il resta étendu immobile pendant un court espace de temps. Quand il voulut marcher, il constata qu'il avait perdu tout pouvoir sur ses jambes et sur ses bras. La douleur était vive. On le porta chez lui où il fut traité par le repos et des applications de vessies de glace sur le point lésé. La douleur s'accentua et le jour suivant, le mouvement et la sensibilité avaient complètement disparu. Je le vis le troisième jour. Le diagnostic porté fut celui de compression par hémorrhagie. Le réflexe patellaire était absent. Il existait une réaction inflammatoire intense. La vessie et le rectum étaient tous deux affectés.

A la fin du premier mois, de l'époque de l'accident, la sensibilité était parfaitement revenue; mais il n'existait aucun signe de motilité. Une question s'élevait alors; quelles étaient les chances de guérison? Le réflexe du genou était encore absent des deux côtés. Si la moelle avait été atteinte transversalement dans toute son épaisseur, de telle façon que le réflexe patellaire fût aboli, il devait s'être produit des dégénérescences vers la fin de la quatrième semaine. Dans ce cas la blessure, étant située à un niveau qui intéressait les racines du plexus brachial nous aurions dû trouver une dégénérescence des muscles du bras par l'épreuve des courants électriques. Or tel n'était point le cas. En effet, bien que les muscles fussent complètement flaccides, la réaction de dégénérescence n'existait pas. Je conclus, en conséquence, que la moelle n'était pas détruite, que les racines avaient gardé leurs relations normales avec les cornes antérieures, et que, par suite, la nutrition des muscles s'était maintenue en bon état.

Joignant ces deux faits ensemble, l'absence absolue du réflexe rotulien, et l'absence de toute dégénération musculaire, j'en vins à cette conclusion que la moelle subissait une compression, mais qu'elle n'avait subi aucun changement de structure. Le pronostic se trouvait plus favorable en conséquence. Actuellement, six mois après l'accident, le malade est capable de marcher, bien que malaisément encore. Il n'y a aucun signe d'une dégénérescence chronique quelconque de la moelle. De ces cinq cas, nous concluons ainsi qu'il suit: 1° que lorsqu'il existe une évidence positive d'une affection de la moelle par traumatisme, le réflexe patellaire doit être examiné avec soin; 2° si le réflexe est absent, et reste absent, c'est qu'il s'est produit l'une de ces deux conditions, soit une lésion transverse complète, soit une compression de la moelle sans aucune dégénérescence actuelle; 3° si la condition est celle d'une destruction de la moelle dans toute son épaisseur, les muscles innervés par les nerfs provenant du point traumatisé s'atrophieront, et il se manifestera une réaction de dégénérescence; 4° si on ne constate pas la réaction de dégénérescence, alors qu'il y a toujours perte du réflexe patellaire. On pourra conclure que la moelle elle-même est encore intacte et que la guéri-

son est une chose possible. Dans de tels cas, les fonctions dynamiques du système nerveux ne sont que défectueuses et, pour ainsi dire, en suspens transitoire.

Le réflexe du genou est également absent dans la névrite multiple, quand les nerfs qui jouent un rôle dans son mécanisme sont affectés. J'ai publié dix-huit observations se rapportant à ces faits. L'arc réflexe est alors brisé dans ses parties périphériques, soit sensitives, soit motrices ; le réflexe est perdu, comme il l'est dans l'ataxie locomotrice, ou dans la polio-myélite antérieure ; il y aura de la flaccidité et de l'atrophie des muscles comme dans cette dernière maladie, et des douleurs, comme dans la première. Les douleurs de la névrite, cependant, diffèrent de celles de l'ataxie, en ce qu'elles ressemblent davantage au rhumatisme. Les douleurs sont constantes ; il existe de la sensibilité à la pression, du fourmillement et autres formes de paresthésie. Dans l'ataxie, les douleurs sont de courte durée, aiguës, lancinantes. Pour produire les troubles sensoriels et moteurs de la polynévrite, une affection de la moelle devrait porter à la fois sur les colonnes postérieures et les cornes antérieures, combinaison qui n'a pas encore été constatée, dans aucun cas. Si, au contraire, nous observons un malade avec paralysie flaccide, perte du réflexe rotulien, réaction de dégénérescence plus ou moins marquée, fourmillements ou engourdissement, sensibilité à la pression, absence de douleurs aiguës, lancinantes, nous pouvons conclure au diagnostic de névrite.

Dans nombre de ces cas, le réflexe rotulien peut manquer complètement et cependant le malade peut marcher à pied, et cependant il existe toujours une raideur particulière, une certaine allure de stoppage. Dans la paralysie de Landry, il n'existe pas, d'après Hun, Gowers, etc., la douleur, la sensibilité, les troubles sensoriels trouvés dans la névrite. Dans le cas de névrite, si le nerf crural antérieur n'est pas atteint, le réflexe du genou reste indemne. Dans les paralysies dues à l'arsenic au plomb, et à l'alcool, j'ai noté avec soin l'état du réflexe patellaire ; et dans tous les cas où il existait des douleurs dans les jambes et une allure pseudo-ataxique, le réflexe était perdu ou fortement réduit.

C'est à R. L. Mac Donnell, de Montréal, récemment décédé, qu'appartient le mérite d'avoir attiré l'attention sur l'état du réflexe rotulien dans la diphthérie. Il est souvent perdu dans cette maladie. Ce fait soulève quelques questions immédiatement. Comment le poison diphthéritique agit-il sur le système nerveux pour faire disparaître ce signe ?

L'absence du réflexe peut-elle toujours signifier la présence d'une névrite multiple? Je crois qu'il faut répondre négativement à cette dernière question. Les toxalbumines trouvées dans le système pendant une attaque de diphthérie, sont, je pense, bien suffisantes pour expliquer cette absence. Ces poisons peuvent agir sur les tissus nerveux du corps d'une autre manière qu'en produisant une névrite, par exemple, en réduisant ou annihilant plus ou moins l'excitabilité inhérente des muscles. Je reviendrai sur ce caractère quand je parlerai de l'état créé par un amoindrissement dans la quantité d'oxygène du sang. J'ai noté des cas où le réflexe était perdu dès les premiers moments de l'attaque, alors qu'on ne pouvait observer aucun trouble sensoriel, et dans lesquels, l'attaque finie, le réflexe réapparaissait sans la moindre névrite. Cependant, le fait que le réflexe est absent montre que les toxines de la maladie agissent très directement sur le système nerveux, et, en conséquence, on peut en déduire des conclusions très importantes et de grande valeur pronostique. Sur 100 cas de diphthérie, concernant des malades de plus de quatre ans — car on ne peut tirer que peu de renseignements sur le réflexe du genou dans l'extrême enfance — le réflexe manquait 61 fois. Sur les 39 malades chez lesquels le réflexe n'était pas perdu, la névrite, plus ou moins nettement, s'est manifestée 9 fois. Sur les 61 fois où le réflexe s'est trouvé absent, la névrite a été constatée 34 fois. Pour les cas d'intégrité du réflexe, il y a donc eu existence de névrite dans une proportion de un quart ; pour ceux d'atteinte de ce réflexe, la névrite s'est consécutivement montrée dans la moitié des cas. De mes propres observations je tirerai ces conclusions : 1° Dans les cas douteux d'angine, la perte du réflexe patellaire pourra montrer qu'il s'agit là de diphthérie ; 2° la perte du réflexe n'indique point nécessairement l'existence d'une névrite ; 3° cependant, les chances de névrite sont considérablement augmentées quand la perte du réflexe existe, et, par suite, le pronostic devient moins favorable.

Dans le *British médical journal* du 13 février 1892, J. Huglings Jackson a publié une courte note sur le réflexe patellaire aux cas où le sang devient « superveineux. » Voilà un fait qui mérite une attention particulière. Il est des cas d'apoplexie dans lesquels le réflexe est perdu et Jackson se demande si cela n'est point dû à l'état veineux du sang, état que nous savons exister dans quelques cas. Je n'ai pas encore eu l'occasion de voir confirmation de cette hypothèse. Après un accès épileptique, le réflexe est accru dans quelques cas, perdu dans d'autres. Quand l'inhibition cérébrale est seule perdue, le réflexe doit être augmenté. D'autre part, s'il existe un état de veinosité exagérée du sang, ou si l'épilepsie est due à une affection cérébelleuse, ainsi que j'en ai montré la possibilité, (*New-York médical Journal*, 5 septembre 1891), le réflexe patellaire sera perdu. Il y a quelque temps, on m'envoya chercher un matin pour une famille qui avait été affectée par les carboniques provenant d'un poêle. La mère et ses deux fils, l'un âgé de 15 ans et l'autre de 11, étaient les seuls habitants de la maison. Ils s'étaient couchés, le soir, et étaient restés, jusqu'au matin, sous l'influence de ces gaz. Le laitier vint à la maison le matin, et, ne recevant point de réponse à ses appels réitérés, força la porte. Voyant ce dont il s'agissait, il vint me trouver aussitôt. L'état d'asphyxie était très prononcé pour la mère et le plus jeune des fils ; le réflexe du genou manquait. Il revint graduellement à mesure que l'état veineux du sang diminuait. Chez l'aîné des enfants l'asphyxie était à un degré très léger et le réflexe patellaire était nettement exagéré. Il revint peu à peu à la normale, à mesure que le sang s'aérait davantage.

Ce dernier cas est très instructif; il montre en effet, qu'un degré modéré de veinosité du sang amoindrit le pouvoir inhibitoire du cerveau, et qu'alors, le réflexe devient plus fort ; mais, à mesure que le sang se sature d'oxygène, le pouvoir cérébral se restaure et le réflexe revient à la normale. Dans un autre cas, concernant un enfant de 9 ans, il existait un état grave de suffocation par suite de laryngite aiguë et d'œdème de la glotte. Les lèvres étaient livides et la surface du corps complètement couverte de sueur visqueuse. A ce moment, le réflexe patellaire n'existait plus.

Le jour qui suivit l'intubation du larynx, la veinosité disparut et le réflexe revint. Ces cas ne sont point rapportés comme des faits nouveaux, mais simplement pour corroborer l'opinion émise par J. H. Jackson dans la note que nous avons indiquée.

Dans l'alcoolisme, l'état du réflexe patellaire mérite quelque attention. A des époques différentes, il m'a été donné d'observer en tout cinq personnes qui, au moment de leur examen, se trouvaient en état d'ébriété. Le degré d'ébriété n'était point extrême dans aucun de ces cas. La marche était possible, mais incertaine et en *zigzag*. La parole était troublée, chez tous ces cas; chez tous sujets également, le réflexe était exagéré. On peut trouver une explication à ces faits en ce que l'alcool affaiblit le pouvoir inhibitoire du cerveau. Il serait intéressant de savoir si le réflexe est perdu ou non dans les cas d'extrême intoxication alcoolique, alors que la respiration est stertoreuse et l'oxydation du sang très défectueuse. Je n'ai point encore eu l'occasion de rencontrer un tel cas; mais dès que je le pourrai, j'en ferai l'examen spécial.

Que dire du réflexe rotulien chez l'homme sain? Mon opinion est qu'il ne manque que fort rarement. Si l'examen est fait avec soin, le réflexe sera obtenu dans presque tous les cas. L'emploi d'un marteau au lieu de la main, ou la réunion des deux mains du malade ensemble, ainsi que le recommande Jendrassik, le révéleront, alors que les moyens ordinaires peuvent faillir. J'ai fait deux cents épreuves sur des hommes en parfaite santé que j'examinai pour assurance sur la vie. Je n'ai pas trouvé que le réflexe manquât une seule fois. En deux cas, il semblait absent; mais s'accentua immédiatement par la jonction des deux mains. Ici je ferai une distinction entre l'état de santé et l'état morbide. Quand la perte du réflexe est dû à ce dernier état, aucune méthode ne peut en amener l'accentuation. Au contraire, comme je viens de le dire, quand le réflexe est défectueux, mais le sujet bien portant, la réunion des deux mains ensemble et l'acte de faire un effort volontaire amène immédiatement une accentuation marquée du réflexe.

(*Medical Record*, 2 juillet 1892.)

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA

I. — Procédé pour établir rapidement le diagnostic du choléra, par le Dr H. Laser. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 32, p. 793.)

II. — L'infusion sous-cutanée dans le traitement du choléra, par le Dr H. Neumann. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 35, p. 795.)

I. — Voici la description que donne M. Laser, assistant à l'Institut d'hygiène de Königsberg, du procédé qu'il a imaginé pour faire le diagnostic bactérioscopique rapide du choléra:

On ensemence une parcelle des matières fécales suspectes dans un petit tube de verre contenant du bouillon-peptone, et on dépose le tube dans l'autoclave où on le laisse séjourner pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps on ensemence un second tube avec une parcelle recueillie à la surface du bouillon de culture du premier tube, à l'endroit où s'est formée une cuticule; puis, au bout d'un nouveau délai de vingt-quatre heures, on ensemence un troisième tube avec de la matière recueillie à la surface du bouillon de culture contenu dans le second tube. Si les déjections utilisées pour cette examen proviennent d'un sujet atteint du choléra asiatique, c'est que l'addition d'acide sulfurique pur au bouillon du troisième tube devra, au bout de vingt-quatre heures de séjour de ce dernier dans l'autoclave, mettre en évidence la réaction dite du rouge de choléra.

Ce procédé étant très simple et paraissant être, au point de vue théorique, d'une rigoureuse exactitude, M. Laser a voulu savoir quelle quantité de virus cholérique devait contenir les matières fécales examinées, pour que l'examen bactérioscopique pratiqué ainsi qu'il vient d'être dit eût des chances d'aboutir au résultat voulu. A cet effet il a pris 6 verres à réactif et a versé dans chacun 40 cc. de déjections diarrhéiques liquides. Puis il a additionné ces matières de quantités variables d'une culture du bacille du choléra, culture qui avait séjourné dans l'autoclave durant trente heures. Après avoir fortement agité les verres, on a ensemencé deux échantillons tirés de chacun d'eux, dans des tubes contenant du bouillon de culture. Au bout de vingt-quatre heures on ensemençait deux nouveaux tubes avec des parcelles recueillies dans l'un des deux tubes de chaque série, l'autre étant utilisé pour mettre en évidence la réaction du rouge du choléra. On a fait porter cet examen sur trois générations successives. Cette série de recherches n'a pas donné de résultats bien nets.

Puis l'auteur a ensemencé 8 échantillons différents de matières fécales dans des tubes de verre disposés deux par deux et contenant du bouillon-peptone. Un des deux tubes de chaque série était ensuite additionné de trois solutions de bouillon de choléra. Après quarante-huit heures de séjour dans l'autoclave, les 8 tubes qui ne renfermaient que des matières fécales ne contenaient pas de cuticule, et on ne pouvait pas non plus y mettre en évidence la réaction du rouge du choléra, contrairement à ce qui avait lieu pour quelques-uns des autres tubes. En outre, ces derniers dégageaient une odeur répugnante, analogue à celle qu'on perçoit en présence d'un bouillon ensemencé avec le vibrion du choléra et qui a séjourné dans l'autoclave pendant vint-quatre heures. Il semble donc, ajoute M. Laser, qu'en utilisant ce caractère, on puisse faire le diagnostic du choléra au bout d'un délai de vingt-quatre heures. Encore faut-il ne pas ensemencer une trop grande quantité de matières fécales, autrement l'odeur *sui generis* de ces dernières dominerait l'odeur qui révèle la présence du vibrion.

II. — M. Neumann plaide en faveur de l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée dans le traitement du choléra. Cette médication est indiquée d'une façon générale à la suite des pertes abondantes de liquide subies par l'organisme, que ce soit à la suite d'hémorrhagies ou de vomissements tenaces, ou de diarrhées profuses, dès que la peau a perdu sa turgescence normale.

Mais pour que le remède soit efficace, encore faut-il injecter des quantités de liquide suffisamment grandes: 100 à 300 grammes chez les enfants; 1.000 à 1.500 grammes chez les adultes. Le liquide à employer n'est autre que la solution dite physiologique de chlorure de sodium, qui contient par litre d'eau 0,6 à 0,7 de ce sel, et additionnée ou non de carbonate de soude, dans la proportion de 0,1 0/0. Pour communiquer au liquide une action médicamenteuse, on peut y

ajouter 1 0/0 d'alcool absolu. La solution devra être portée à la température de 38° à 42°. Bien entendu, le liquide devra être stérilisé par une ébullition préalable suffisamment prolongée. L'instrumentation nécessaire pour la pratique de ces injections est des plus simples. M. Neumann conseille de procéder de la façon suivante, dans la clientèle privée :

On fait bouillir de l'eau, pendant 10 à 15 minutes, dans un récipient bien propre, par exemple dans une grande bouillotte à thé, et on ajoute la quantité voulue de chlorure de sodium. On laisse le liquide refroidir suffisamment. On place le récipient sur un support, à une hauteur convenable, et on le met en communication avec un tube en caoutchouc désinfecté, armé à une de ses extrémité d'une canule-trocart d'assez gros calibre. La canule doit être enfoncée parallèlement à la surface des téguments, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de préférence dans la région des flancs. On l'enfoncera doncement, au fur et à mesure que le liquide s'écoule. On masse ensuite assez énergiquement avec les doigts d'une main la bosse qui s'est formée du fait de la pénétration du liquide sous la peau. Une fois la canule retirée, on oblitère l'orifice de piqûre avec un peu de diachylon.

Il importe, pour le succès de cette médication, que celle ci soit mise en œuvre en temps utile ; il importe aussi qu'on injecte une quantité suffisante de liquide, et qu'au besoin l'injection soit répétée.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BULLETIN

On ne peut guère formuler de prévisions concernant la durée probable de l'épidémie actuelle, et on doit se contenter d'enregistrer, comme un symptôme relativement favorable, la tendance visible de cette épidémie à se circonscrire d'elle-même et à limiter spontanément ses ravages dans la plupart des localités où elle a fait son apparition. Telle est du moins l'impression qui se dégage des remarques recueillies çà et là, et des statistiques dressées par des médecins consciencieux et compétents. Si l'on excepte la ville de Hambourg, dont la population paye cher l'imprudence de sa municipalité et l'oubli des mesures prophylastiques de la première heure, la plupart des foyers signalés de côté et d'autre sont en voie de décroissance, où du moins semblent rester stationnaires. Cette constatation rassurante peut être interprétée dans le sens d'une atténuation naturelle de la virulence et de la gravité de la maladie : mais il est permis de l'attribuer pour une bonne part aux précautions adoptées dans le but d'opposer une barrière à l'extension du fléau. Quoi qu'il en soit, un certain nombre de questions d'intérêt majeur se posent à l'occasion de cette épidémie, questions auxquelles il a été donné des réponses diverses, parmi lesquelles on peut déjà discerner certaines vérités ou notions qui ne seront certainement pas perdues pour l'histoire du choléra, envisagé à un point de vue général.

Il y a d'abord celle de la nature du choléra actuel, qui a déjà fait l'objet de plusieurs mémoires et communications. S'agit-il réellement ici du choléra indien, plus ou moins transformé, ou bien doit-on persister à englober les cas signalés en Europe, et chez nous en particulier, dans une catégorie à part sous la dénomination complaisante et un peu vague de *choléra nostras*? Dans le précédent bulletin, nous avons déjà présenté quelques réflexions qui laissaient préjuger notre opinion à ce sujet : car ces réflexions concluaient à l'unité nosologique des affections cholériformes, comme à une notion résultant à la fois de la bactériologie et de l'observation. Cette conclusion dépasserait-elle la limite des inductions permises, et ne serait-elle pas un peu prématurée? Une pareille question, qui constitue une sorte de retour en arrière, pourra étonner au premier abord ; et cependant elle est justifiée par la réserve que des savants particulièrement autorisés ont cru devoir garder sur ce sujet délicat.

C'est ainsi que nous avons entendu, pendant la dernière séance académique, M. Brouardel émettre des doutes relativement à l'origine de l'épidémie actuelle et protester contre la qualification de choléra asiatique qui lui aurait été appliquée trop hâtivement. Selon l'éminent hygiéniste, il y a, en pareille matière, trop d'inconnues à dégager préalablement pour que l'on puisse trancher dès maintenant un problème aussi obscur. Pour ce qui concerne le Hâvre en particulier, un des points les plus éprouvés, rien ne prouve que la maladie y ait été importée de l'étranger, et il est plutôt présumable qu'elle n'est qu'une extension à distance du foyer parisien suburbain. M. Brouardel se renferme donc intentionnellement ici dans les termes d'une appréciation très générale, et il écarte, pour l'instant, toute affirmation non pourvue de la sanction des preuves immédiates. Il y a là une réserve très louable, à laquelle nous devons rendre justice, tout en maintenant le bien fondé des conclusions que nous avons développées dans le bulletin précédent. Celles-ci conservent toute leur importance et nous persistons à croire qu'il est préférable dans l'intérêt de la santé publique, d'adhérer à la doctrine de l'unité, parce que cette adhésion entraîne d'elle-même, comme conséquence logique et indiscutable, la nécessité de règles prophylactiques inflexibles et minutieuses.

— Puisque nous en sommes à la prophylaxie du choléra, cette question vitale entre toutes, et pour mieux dire capitale, nous devons taire connaître ici l'opinion d'un savant, spécialement versé en la matière et dont le jugement peut faire loi ; de M. le Dr Roux, collaborateur et assistant de M. Pasteur. Rien n'est plus facile, au dire de M. Roux, que de garantir une population des atteintes du choléra. Les moyens à employer pour cela ont le double mérite d'être à la fois simples et suffisamment efficaces. Ils se résument essentiellement dans les deux termes suivants : 1° fournir à la population de l'eau pure, exempte de germes ; 2° détruire les linges souillés par les cholériques et toutes les déjections de ceux-ci. Il est hors de doute que le tube digestif est la voie de pénétration habituelle, sinon unique, du poison cholérique : par conséquent, il est nécessaire de surveiller tous les aliments et boissons, le lait en particulier, dont l'ébullition garantit suffisamment l'innocuité. Quant à l'influence des saisons, si souvent incriminée, elle est quasi nulle, et il faut l'écarter définitivement de nos préoccupations. Telle est, condensée et réduite à ses termes les plus simples, l'opinion de M. le Dr Roux. Cette opinion, qui est comme le reflet des doctrines pastoriennes, est entièrement conforme aux acquisitions les plus récentes de la science : elle peut, telle quelle, servir de thème et de point d'appui aux préceptes d'hygiène préventive. Cependant, M. Roux constate avec regret que les mesures générales instituées jusqu'à ce jour ont été incomplètes, fautives, souvent mal inspirées. Il signale entre autres, la persistance de l'administration municipale à distribuer aux Parisiens l'eau de Seine, cette eau

dont la pollution et le rôle contaminateur ne sont plus à démontrer. Il insiste également sur l'insuffisance de la surveillance médicale qui, bien appliquée, pourrait rendre d'inappréciables services au point de vue de la limitation sur place des foyers cholériques éventuels. Ce sont là des avertissements salutaires à l'adresse des pouvoirs supérieurs, et, à ce titre, les remarques de l'éminent collaborateur de Pasteur devraient peser d'un poids décisif dans les décisions de l'autorité compétent. Nous pourrions, par là, espérer voir clore l'ère des tâtonnements et des essais, restée ouverte jusqu'à ce jour, en dépit des enseignements accumulés de toutes les épidémies précédentes.

— Quelques mots encore au sujet du traitement, qui a sa place marquée à la suite des considérations d'hygiène et de prophylaxie. Comme on pouvait s'y attendre, il y a eu, dès le début, sur ce sujet, abondance de documents, et nous avons déjà assisté au défilé des médications préconisées à l'envi par leurs partisans respectifs. On peut espérer qu'il restera quelque chose de toutes les discussions soulevées sur ce terrain. En tous cas, nous serons mieux édifiés sur la valeur de certains médicaments, très vantés par quelques-uns, acceptés avec réserve par d'autres, mais non soumis encore d'une manière suffisante au contrôle de l'expérience. Dans cette énumération thérapeutique, on doit placer en tête l'opium, qui semble avoir conservé la faveur générale, et au sujet duquel on ne discute guère que lorsqu'il s'agit de déterminer la forme pharmaceutique sous laquelle il produit les meilleurs effets. Les préparations de bismuth paraissent aussi avoir conservé leur crédit, encore bien que leur mode d'action reste assez incertain. On discute davantage sur l'efficacité des antiseptiques intestinaux dont l'emploi, très indiqué au point de vue théorique, n'est pas encore suffisamment pourvu de l'indispensable sanction clinique. En ce qui nous concerne personnellement, nous dirons que l'utilité de ces agents nous a paru assez problématique, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les faits recueillis dans un des services de l'hôpital de la Pitié. Cet insuccès relatif s'expliquerait aisément, s'il est vrai, ainsi que nous le disait récemment un maître particulièrement autorisé, que le choléra soit une intoxication générale d'emblée et non une maladie du tube digestif. Si cette opinion est exacte, il est clair que l'antisepsie intestinale perd de son importance dans le traitement du choléra et qu'elle ne peut plus revendiquer qu'un rôle très effacé. On pourrait, dans une certaine mesure, appliquer la même appréciation à l'acide lactique, dont la vogue est devenue presque universelle, depuis que M. Hayem a fait connaître son efficacité dans le traitement de la diarrhée infantile. Un grand nombre de médecins y voient un agent d'antisepsie, un moyen d'affaiblir la vitalité et d'empêcher la pullulation intra-intestinale du bacille-virgule. Mais ce mode d'action a été contesté et, en tous cas, les résultats vis-à-vis de la diarrhée cholérique n'ont pas toujours répondu aux espérances. On pourrait présenter encore bien d'autres considérations à propos des agents médicamenteux usités dans la thérapeutique du choléra. Pour l'instant, nous devons nous contenter d'émettre le vœu que l'observation attentive de l'épidémie actuelle améliore nos connaissances sur ce sujet et substitue enfin des indications exactes et précises aux données vagues et légèrement empiriques qui ont guidé la pratique de nos prédécesseurs dans les épidémies antérieures.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni, lundi sous la présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, expose que l'organisation des postes sur la frontière de l'Est se poursuit.

Au Havre, l'épidémie est en pleine décroissance. Quelques cas isolés ont été signalés dans des départements du Nord, du Nord-Est et du Nord-Ouest. Sur un seul point jusqu'ici s'est formé un véritable foyer. Ce point est situé dans le département de l'Eure : la petite ville de Brionne et les localités environnantes ont été atteintes. M. le Dr Girode a bien voulu accepter d'aller combattre l'épidémie dans l'Eure.

Partout, d'ailleurs, où un cas a été signalé les préfets ont ordonné des mesures immédiates de désinfection.

M. Monod s'élève contre l'opinion que les médecins ne dénonceraient pas toujours à l'autorité locale dans les vingt-quatre heures les cas suspects. Les médecins observent les prescriptions qui leur sont faites à cet égard.

M. Proust fait connaître ensuite la situation extérieure. Le choléra vient de faire son apparition dans la mer Rouge, jusqu'alors indemne.

La situation est grave pour la Turquie d'Asie, qui se trouve menacée. Aussi les valis des villayets de Van, de Mossoul, de Bagdad, de Basserah ont-ils organisé des postes sanitaires.

D'après le Dr Tholozan, les nouvelles relatives à l'éclosion de la peste au Khorassan ne sont pas fondées.

La Russie méridionale est toujours ravagée. En Caucasie 6.380 décès en huit jours. C'est le foyer le plus intense. Depuis le début de l'épidémie, il y a eu plus de 30.000 décès. La maladie existe toujours à Taganrog, Rostow et dans la vallée du Don. Elle s'est manifestée en Crimée à Kertch et dans les districts de Théodosie et de Berdiansk. Elle a sévi avec peu d'intensité à Nikolaïef et n'a pas atteint Sébastopol, non plus que Kherson et Odessa, mais elle vient d'être constatée à Akermann, près Odessa.

A Hambourg, la moyenne des décès est de 250 par jour. Le nombre des enterrements dépasse celui des décès avoués par le bureau médical.

L'épidémie, au dire des médecins eux-mêmes, a dépassé en violence et en intensité tout ce qu'on a vu jusqu'à ce jour. L'aspect de la ville est lamentable. Des centaines de cadavres attendent dans les cours d'hôpital leur ensevelissement. Des familles entières ont été emportées. Tous les quartiers ont été atteints malgré la qualité de l'eau qui est bonne et la salubrité de la ville, salubrité qui n'existe pas toujours dans les quartiers du port. Le préjudice causé au commerce est considérable.

Les divers États continuent à prendre des mesures contre les provenances d'Europe.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 28 AOUT AU 3 SEPTEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 48. — Affections cholériformes, 148. — Phtisie pulmonaire, 191. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 48 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 37. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 149. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale et vices de conformation, 28. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 11. — Total : 1047

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

***Rédacteur en chef* : M. le Dr F. DE RANSE**

***Comité de Rédaction* : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

OREILLONS ET TUMÉFACTION PAROTIDIENNE DANS LA GRIPPE,

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

La tuméfaction parotidienne est une complication rare de la grippe. Nous en avons publié six observations en 1889 (1) et une septième l'hiver dernier (2). M. Lemoine (3) nous a laissé un bagage de trois nouveaux cas en 1890.

Il s'agit d'un engorgement fluxionnaire siégeant dans la région parotidienne, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur ; cette tuméfaction plus ou moins marquée se produit au début, plus rarement au cours de la maladie et disparaît d'ordinaire par résolution. Elle évolue en l'absence d'oreillons concomitants.

En 1889, toutefois, nous avions fait une remarque : les oreillons qui n'existaient pas autour des gonflements parotidiens d'origine grippale, apparaissaient par groupes isolés quelques semaines plus tard (4).

L'importance de cette constatation nous avait échappé : un fait que nous venons d'observer lui donne une signification que nous ne soupçonnions pas.

Une petite fille de 4 ans 1/2 (obs. Ire), au début d'une grippe caractérisée par de la toux, des vomissements, de la diarrhée, présente une tuméfaction parotidienne double. Le gonflement s'efface peu après, laissant la grippe continuer son chemin livrée à ses seules ressources.

L'enfant a de la fièvre, de la bronchite, le ventre ballonné des grippés que nous soignions en même temps à d'autres points de la localité.

A côté de cette fillette malade circulent ses deux petits frères ; ils s'alitent huit jours et trois semaines après leur sœur. Et c'est là que leur histoire devient intéressante : contagionnés par leur sœur, ils ne lui prennent qu'une partie de son mal ; ils laissent la grippe et retiennent la tuméfaction parotidienne. Dédaigneux de la maladie primitive, ils s'emparent de la complication.

Or cette complication évoluant pour son propre compte constitue une entité morbide bien connue : tout le monde appelle cela les oreillons.

L'exemple de 1889 se renouvelait : les oreillons avaient fait suite à une tuméfaction parotidienne d'origine grippale et cette tuméfaction parotidienne avait surgi sans l'assistance d'oreillons antérieurs. Une fois constituée, la complication abandonnait sa maladie nourricière pour jouir d'une vie autonome.

Elle prenait copie sur le mal de Bright scarlatineux. Ce dernier se passe volontiers du concours de la scarlatine et devient contagieux par lui-même (1). Nous croyons avoir établi ces faits d'une manière péremptoire. Aussi bien sont-ils d'accord avec les données de la bactériologie.

Un grand nombre de complications ressortissent à des infections secondaires ; les agents de ces infections secondaires ne sont pas forcément restreints à un rôle effacé ; à eux seuls, ils peuvent occuper la scène morbide. Cela ne semble dépendre que de leur virulence ; et cette virulence gagnée sur des maladies qu'ils ont envahies à la façon de parasites, ils s'en servent comme d'une sorte de majorité qui les émancipe et, à leur tour, leur donne droit de faire de la maladie primitive.

Il est à remarquer que les oreillons, dans les deux circonstances où nous avons reconnu à leur origine une tuméfaction parotidienne grippale, n'ont jamais pris une allure bien expansive et se sont modérés dans les limites d'une contagion peu tapageuse.

Observations.

OBSERVATION I. — *Fillette de 4 ans 1/2 ; grippe prolongée ; tuméfaction parotidienne double ; guérison le dix-septième jour.*

M... (Louise) d'Oyonnax, âgée de 4 ans 1/2, a déjà eu la grippe à deux reprises en 1889 et 1890. Le 15 juillet 1892, elle est prise de vomissements et de diarrhée. L'enfant tousse. Le 16 juillet, tuméfaction parotidienne double. En arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, saillie dure, douloureuse, gênant la mastication. Il n'existait pas d'oreillons dans la localité. — T. m. rect., 39°,6.

Les jours suivants, la tuméfaction parotidienne diminue peu à peu, mais la fièvre persiste. Pas de lésion auriculaire.

(1) *La tuméfaction parotidienne dans la grippe.* (*Gaz. méd.*, 30 mars 1889.)

(2) *L'epidémie actuelle de grippe.* (*Lyon médical*, 31 janvier 1892.)

(3) *Sur 4 cas d'érysipèle dans le cours de la grippe, précédés de tuméfaction parotidienne.* (*Revue de médecine*, 1890, p. 527.)

(4) *La grippe infectieuse.* Oct. Doin, édit., 1889, p. 44.

(1) *Gazette médicale*, nos 14 et 42, 1891.

Le 21. T. m., 39°,5; s., 39°,4. La tuméfaction parotidienne a disparu. Des râles sous-crépitants sont disséminés dans les deux poumons. Le ventre est ballonné.

Prescription : Cataplasmes sinapisés sur le thorax. Potion avec 20 centig. de sulfate de quinine.

Le 22. T. m., 39°,6; s., 39°,7.

Le 23. T. m., 39°,4; s., 39°,3. Des douleurs vives sont ressenties dans les bras, les jambes, les mains. On ne constate pas de tuméfaction articulaire.

Le 24. T. m., 39°,2; s., 39°,5.

Le 25. T. m., 38°,9; s., 39°,4.

Le 26. T. m., 39°; s., 39°,6. Les râles ont disparu des bronches. La persistance de la fièvre n'est expliquée par aucune complication appréciable. Le météorisme concomitant empêche de percevoir nettement les dimensions de la rate. Les urines contiennent des traces d'albumine. L'enfant qui est constipée est purgée par une cuillerée d'huile de ricin.

Le 27. T. m., 39°,8; s., 39°.

Prescription : 20 centig. de sulfate de quinine dans la journée.

Le 28. T. m., 38°,4; s., 38°,8.

Le 29. T. m., 39°; s., 38°,1. Quelques ronchus et sibilances sont entendus dans les bronches.

Le 30. T. m., 38°,6; s., 38°. L'enfant s'est plainte de coliques et a eu trois selles diarrhéiques.

Le 31. T. m., 37°,7. Guérison.

Observation II. — *Garçon de 3 ans 1/2, frère de la précédente; tuméfaction parotidienne du côté gauche, sans signes de grippe; guérison en cinq jours.*

M... (Arthur), 3 ans 1/2, frère de la précédente, sept jours après sa sœur, le 22 juillet, perd l'appétit et présente une tuméfaction parotidienne du côté gauche.

Le 23. Tuméfaction visible derrière la branche montante du maxillaire inférieur (côté gauche); la parotide est dure, douloureuse, débordant profondément le bord de l'os Pas de lésion auriculaire; pas de coryza ni de toux. T. m., 38°,4. L'enfant vomit une cuillerée d'huile de ricin qu'il avait avalée.

Le 24. T. m., 38°.

Le 25. T. m., 37°,8. La tuméfaction parotidienne a disparu. L'enfant est levé à notre arrivée.

Observation III. — *Garçon de 8 ans 1/2, frère des précédents; tuméfaction du côté gauche, sans grippe; guérison en cinq jours.*

M... (Félix), âgé de 8 ans 1/2, le 3 août perd l'appétit et, comme le précédent, présente une tuméfaction parotidienne du côté gauche. Les mouvements de la mâchoire sont douloureux; il n'existe ni lésion auriculaire, ni toux, ni coryza, ni douleurs dans les membres. Sueurs abondantes.

Le 6, l'enfant commence à se lever; la tuméfaction parotidienne a totalement disparu le 8 août.

Quelques jours plus tard, le 14 août, nous traitons deux cas d'oreillons doubles typiques chez des enfants de 4 et 6 ans. Le contact direct n'avait pu être établi chez ces derniers malades et ceux dont nous relatons les observations.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

TROIS OPÉRATIONS SIMPLES SUIVIES DE MORT CHEZ DES SUJETS ATTEINTS D'ANCIENNES MALADIES DU FOIE (1).

Par M. Verneuil.

(Suite et fin) (2).

Remarques. — J'ajouterai quelques commentaires à ces récits. Voilà trois affections chirurgicales très différentes : ancienne blessure guérie, néoplasme essentiellement bénin, étranglement herniaire récent et sans complications. La première ne compromet nullement la vie ; la seconde ne la menace pas très prochainement, la troisième semble facilement guérissable.

Trois opérations sont pratiquées : arthrotomie, kélotomie, section du pédicule, simples, d'une exécution facile et je puis dire très correcte, n'intéressant aucun organe important, ne se compliquant dans la suite d'aucun des accidents traumatiques classiques locaux ou généraux; elles doivent donc être considérées comme parfaitement réussies et comme succès opératoires irréprochables.

Pourtant, dans les trois cas la mort survient prompte, inattendue, inexplicable d'après les anciennes théories et due en réalité à un mécanisme complexe que les nosographes n'ont décrit, dénommé ni même indiqué clairement. Comme il serait injuste d'accuser l'ancienne blessure, le polype utérin et l'étranglement, de même que les trois opérations heureuses, il paraît naturel de faire retomber toute la responsabilité sur les affections hépatiques coexistantes, sans lesquelles il est certain que les trois opérées seraient aujourd'hui bien vivantes et guéries de leur affection locale.

Et, cependant, la responsabilité doit être inégalement si on veut, mais certainement partagée entre les trois facteurs réunis dans ces *associations morbides*. En laissant de côté, si l'on veut, le premier, c'est-à-dire l'affection locale externe : difformité, polype, étranglement, dans la genèse de laquelle les malades ni le chirurgien ne sont évidemment pour rien, et en constatant que le second, c'est-à-dire l'acte chirurgical, n'a été que le prétexte à une terminaison mortelle *essentiellement médicale*, il n'en est pas moins avéré que la susdite terminaison a eu pour cause l'aggravation soudaine et directe du troisième facteur par le second.

D'où je conclus : 1° que si les trois malades, à titre d'opérées sont incontestablement mortes par le foie, à titre d'hépatiques elles ont succombé prématurément par le fait du traumatisme opératoire;

2° Que l'opération étant inséparable de l'opérateur, celui-ci doit endosser nécessairement une part de responsabilité, très variable j'en conviens suivant les cas, mais qu'il ne peut ni ne doit décliner, sous aucun motif, puisque en somme il est toujours maître d'agir ou de s'abstenir. Ceci me mène à examiner en toute conscience la conduite des trois opérateurs Ricard, Thiéry et moi-même, dans les trois cas que je viens de relater.

En effet, en publiant cette nouvelle série d'observations, j'ai voulu sans doute fournir un supplément de preuves à mes opinions touchant la gravité des opérations chez les

(1) Académie de médecine, 2 août 1892.

(2) Voir le numéro précédent.

hépatiques, mais aussi rechercher à la fois les causes de cette gravité et indiquer autant que possible les moyens de l'atténuer.

Car, veuillez bien le croire, je ne songe nullement à présenter toute lésion hépatique comme une contre-indication à l'intervention chirurgicale, ce qui serait simplement absurde, mais seulement à déterminer les cas où cette intervention doit être interdite ou autorisée, immédiatement commandée ou utilement remise, conduite enfin de manière à fournir son profit maximum avec un minimum de risques et périls.

Pour bien faire comprendre ma pensée, je déclare tout d'abord approuver en principe, et malgré leurs résultats désastreux, les opérations de nos trois malades, me réservant seulement d'examiner si elles ont été pratiquées *opportunément* et entourées de toutes les précautions qui auraient pu en assurer le succès.

Les opérées, comme je l'ai montré, étant incontestablement mortes de leur affection hépatique, c'était sur cette dernière qu'il fallait naturellement diriger l'effet thérapeutique; du côté des affections locales et les foyers opératoires, on ne pouvait rien faire de mieux que ce qui a été fait, puisque aucun accident traumatique n'a été relevé.

Or, qu'a-t-on tenté et que pouvait-on tenter contre les lésions du foie? Peu de choses, il en faut humblement convenir. Avant d'entrer dans ce débat, j'éliminerai naturellement la troisième observation.

On avait affaire, en effet, à un cancer avancé, devant se terminer fatalement dans un délai plus ou moins prochain, sur lequel la thérapeutique palliative ou curatrice n'avait aucune prise et dont rien ne pouvait atténuer le pronostic. Un étranglement herniaire survient. Abandonné à lui-même, c'était la mort inévitable, prochaine, avec un cortège de cruelles souffrances; pour retarder la première et supprimer les secondes, il n'y avait d'autres ressources que la kélotomie, laquelle était certes d'une gravité tout exceptionnelle par la double raison que l'opérée était à la fois hépatique et cancéreuse; cependant on la pratiqua et l'on fit bien puisqu'elle donna tout ce qu'on devait et pouvait en attendre, c'est-à-dire une aggravation évidente du cancer, mais comme compensation quelques jours d'existence relativement supportables (1).

Je l'ai dit bien des fois, les contre-indications opératoires tirées des maladies constitutionnelles n'existent guère devant les cas d'urgence.

Les conditions étaient manifestement différentes dans l'observation II, car ici les jours de la malade n'étaient pas comptés et l'affection, qui durait depuis cinq ans déjà, aurait pu les respecter quelque temps encore. D'autre part, il y avait une certaine urgence, en tout cas utilité évidente à faire cesser : 1° les hémorrhagies qui avaient amené une anémie extrême et une faiblesse croissant de jour en jour; 2° la septicémie souvent observée dans ces cas de gros polypes qui occasionnent presque inévitablement la rétention de matières putrides dans le fond des cavités vaginale et utérine.

(1) Mes observations personnelles prouvent amplement la gravité extrême de tous les traumas (même sous-cutanés, deux fractures simples, Méricamp, Hamouic) chez des hépatiques cancéreux et les dangers spéciaux de la kélotomie chez les hépatiques alcooliques ou atteints de cirrhose, de stéatose et même de péri hépatite ancienne. Voir *Mém. de chirurg.*, t. III, p. 250; Péronne, obs. XXV; Kirmisson, Verneuil, *Index*, année 1883.

Une opération que je pensai devoir être simple, et qui le fut en effet au delà de mes espérances, était d'autant plus indiquée qu'on pouvait y compter absolument pour supprimer le double danger indiqué plus haut.

Le revers de la médaille consistait à opérer en pleine septicémie chronique et en plein foyer putride une femme chez laquelle la dégénérescence graisseuse du foie existait certainement.

Mon distingué disciple M. Pozzi, dans son excellent mémoire sur les *Énormes polypes fibreux de l'utérus* (*Revue de chirurgie*, 1885, p. 112), a très judicieusement signalé l'embarras que l'on éprouve à décider si l'opération doit être immédiatement pratiquée ou ajournée. Or, cet embarras, je l'ai éprouvé moi-même jadis et dans cette dernière occasion même; l'insuccès nouveau que je viens d'enregistrer remet tout en question dans mon esprit et me portera dans l'avenir à essayer une autre conduite.

En ce qui touche la septicémie, j'avais naturellement prescrit les injections antiseptiques, qui furent faites avec un soin extrême par l'infirmière modèle de ma salle Notre-Dame. Aussi, quelques moments avant l'opération, le liquide injecté ressortait clair et sans odeur. Mais la désinfection était illusoire. En effet, lorsque par la traction exercée sur le polype, la matrice fut descendue et que je pus pénétrer dans sa cavité pour reconnaître approximativement la situation du pédicule et faire glisser la chaîne de l'écraseur, je constatai, en retirant mon index, qu'il était enduit d'une matière épaisse de mauvaise odeur qui séjournait évidemment dans l'espace compris entre le polype et la paroi utérine. L'opération était en ce moment très avancée, puisqu'il ne s'agissait plus que de serrer l'écraseur; donc, je passai outre, me contentant de faire, pendant les quelques minutes que je mis à sectionner le pédicule, de nouvelles injections intra-vaginales suivies d'un abondant lavage après que la tumeur fut sortie du vagin et un léger tamponnement de ce dernier avec la gaze iodoformée.

L'élévation rapide de la température, c'est-à-dire l'accès de fièvre cavitaire survenu le soir même, démontre assez l'auto-inoculation et l'insuffisance de nos mesures d'antisepsie locale, et l'avantage qu'il y aurait eu à les employer plus longtemps.

Je conviens qu'une autre circonstance commandait encore l'ajournement; la température prise pendant deux jours avant l'opération indiquait très nettement la septicémie chronique, que les injections antiseptiques avaient déjà modifiée, il est vrai, puisque le matin de l'opération le thermomètre ne marquait que 38 degrés; mais il eût été prudent d'attendre que l'ascencion vespérale ait tout à fait cessé et peut-être aurais-je dû essayer d'administrer à l'intérieur quelque préparations antiseptiques, telles que le chloral ou l'antipyrine qui m'ont semblé rendre service en pareille occurence.

Enfin, en tenant compte de la théorie du microbisme latent, n'eût-il pas été sage en face de la septicemie actuelle ou récemment éteinte, d'examiner le sang à l'aide d'une innocente piqûre du doigt, et d'ajourner encore si l'examen avait montré de plus ou moins nombreux microbes en circulation.

A tous ces motifs d'ajournement, on peut sans doute opposer le péril de voir les hémorrhagies se reproduire.

Mais n'ai-je pas moi-même insisté sur les avantages en cas de stéatose hépatique d'origine hémorrhagique (chez les hémorrhoïdaires, par exemple) de la révulsion sur la région du foie, soit par l'hydrothérapie, soit par les vésicatoires, etc.

Pourquoi n'essayerait-on pas une semblable action qui réussit si souvent dans les hémorrhagies les plus diverses?

Bref, ayant reconnu à la fois la stéatose et la septicémie et l'extrême gravité que la première donne à la seconde (Pozzi), j'ai eu le tort de ne penser qu'au danger de l'hémorrhagie et d'avoir négligé un traitement préopératoire qui aurait pu peut-être prévenir l'insuccès.

Que dire du premier fait, si ce n'est qu'il est à la fois le plus lamentable et le plus intéressant.

Une femme encore jeune, de belle apparence, active et paraissant jouir d'une santé satisfaisante, à peine troublée par quelques malaises vulgaires plutôt dissimulés qu'exagérés, vient demander remède contre une infirmité fâcheuse, mais exempte de tout péril. On lui propose et elle accepte une opération réparatrice portant sur l'extrémité d'un membre. Cette opération que rien ne semble contre-indiquer, exécutée d'une façon irréprochable, présente du premier au dernier jour les suites les plus bénignes et les résultats orthomorphiques les plus satisfaisants.

Malheureusement, une intoxication existe, latente, ancienne, inavouée et quasi inappréciable, entraînant après elle une lésion anatomique grave, atteignant un organe essentiel. Lésion qui à peine quarante-huit heures écoulées se démasque, marche à grands pas, se complique chemin faisant d'une sorte de lésion passagère comparse, si je puis ainsi appeler la spléno-pneumonie, qui aggrave la situation sans doute mais laisse l'affection du foie seule cause principale de la mort.

Examinons maintenant s'il eût été possible d'éviter cette regrettable terminaison, et par quelles mesures on y serait parvenu.

Il eût fallu tout d'abord soupçonner l'alcoolisme, chose malaisée étant données les apparences de la santé, la condition sociale, la régularité de la vie. Je sais bien que l'enquête *post mortem* a été nettement affirmative, mais quelle raison pour la faire d'avance et qui sait si les confidents du péché se seraient si facilement décidés à parler?

L'alcoolisme eût-il été soupçonné, il faut convenir que ses signes appréciables et ses symptômes étaient trop peu décisifs pour contrebalancer les négations formelles que la malade eût naturellement opposées.

Il eut été bien plus important de soupçonner et de reconnaître la cirrhose. Sans doute, on y est arrivé quelques jours *après* l'opération, grâce à l'ictère, au gonflement du foie, à la sensibilité par la palpation de l'hypochondre droit. Sans doute aussi une interrogation pressante et minutieuse m'a permis d'affirmer que l'affection hépatique était déjà ancienne au moment de l'intervention chirurgicale, mais toutes ces constatations ont eu pour le moins le grand tort d'être tardives et quasi inutiles, puisqu'elles n'ont servi en rien à entraver la marche fatale.

La seule précaution utile eût été de reconnaître cette cirrhose avant de prendre le bistouri. Je n'entends pas dire que la chose était facile ni même possible, mais hors de là était le danger, l'événement ne l'a que trop prouvé.

Il ne s'agit à coup sûr pas ici de blâmer personne, mais d'avertir les chirurgiens du péril que les propathies hépatiques font courir aux opérés et de la nécessité absolue de placer le foie au rang des organes dont l'exploration rigoureuse, anatomique et fonctionnelle bien entendu, est impérieusement commandée; ce qu'on fait actuellement dans presque tous les cas pour le poumon, le cœur, les reins doit lui être appliqué. La difficulté de l'examen, l'incertitude des renseignements fournis, en un mot les obscurités du diagnostic sont autant de raisons pour redoubler d'efforts pour atteindre le but.

Supposons, en effet, que la cirrhose alcoolique ait été reconnue d'avance ou même fortement soupçonnée, on aurait d'abord sursis à une opération qui ne présentait aucune urgence; puis, si on en avait résolu l'exécution ultérieure, on aurait institué pour le moins un traitement préopératoire opposé à la fois à l'alcoolisme et à la cirrhose.

Si le retour à la sobriété, un régime alimentaire approprié, l'hydrothérapie, les médicaments tels que l'opium, la noix vomique, peut-être l'hippurate de chaux, etc., avaient très notablement amélioré l'état on eût été en droit de reprendre le programme opératoire. Si, au contraire, la dyscrasie et les lésions matérielles avaient persisté et surtout progressé, on se serait sagement borné à remplacer l'anaplastie sanglante par l'innocente prothèse mécanique.

Je terminerai par une dernière remarque.

L'index bibliographique que je joins à ce travail prouve par son étendue que mes élèves et moi avons déjà réuni d'assez nombreux documents sur les rapports des maladies du foie avec les affections et surtout les opérations chirurgicales. Néanmoins pour épuiser la question il faudrait bien des observations encore. En effet, si dans les trois cas précités la terminaison a été la même, alors que les lésions hépatiques étaient cependant de nature bien différente, il n'en faudrait pas conclure que toutes ces lésions ont le même pronostic vis-à-vis de l'intervention chirurgicale. Tout au contraire, il y a une échelle de gravité que je dresserais volontiers de la manière suivante, en tête le cancer, bien entendu; après quoi viendraient la cirrhose classique, alcoolique si souvent, les stéatoses alcoolique, suppurative, hémorragique, la lithiase biliaire. Au dernier rang peut-être, mais très hypothétiquement faute de renseignements suffisants, l'amylose, la rétention biliaire, la congestion chronique, les kystes hydatiques, etc.

Comme on le voit, la série de recherches cliniques n'est pas close, et il ne faudrait pas s'étonner si je cherchais encore à l'étendre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pour faciliter la tâche à ceux qui voudraient vérifier, contrôler ou continuer nos recherches sur les rapports entre les maladies du foie et les diverses affections chirurgicales, traumatiques ou autres, je dresserai ici la liste des travaux que j'ai publiés, moi-même ou inspiré à mes élèves. Je suivrai l'ordre chronologique.

1846. — VERNEUIL. *Cirrhose, ascite, paracentèse abdominale; mort rapide. Énorme infiltration sanguine sous-péritonéale.* Cette observation n'a été publiée qu'en 1875. Congrès médical international de Bruxelles, p. 300.

1867. — VERNEUIL. Congrès médical international de Paris, p. 290.

1868. — VERNEUIL. *Fracture compliquée de la jambe. Hémorrhagie secondaire par la tibiale antérieure. Ligature de la fémorale et sup-*

puration de la plaie; hémorrhagie foudroyante, foie gros et gras. Thèse Machenaud. Ligature de la fémorale, p. 37.

1868. — VERNEUIL. *Coxalgie suppurée, résection, mort rapide. Dégénérescence graisseuse et amyloïde du foie.* Bulletin Société chirurgie, p. 352.

1869. — VERNEUIL. *Lymphadénome inguinal. Extirpation. Hémorrhagies secondaires. Mort. Noyaux néoplastiques dans le foie.* Bull. Société chirurgie, 1869, p. 164. Voir aussi Delbarre. *Dénudation des artères.* Th. inaug., Paris, 1870, sous ma présidence, obs. I et II.

1869. — VERNEUIL. *Mort prompte après certaines blessures ou opérations.* Gazette hebdomadaire, 1869, p. 340 et Mémoires de chirurgie, t. III, p. 95.

1869. — VERNEUIL. *Ostéo-périostite du fémur, suppuration abondante et prolongée. Mort; dégénérescence du foie.* Bull. Société anatomique, 1869, p. 20. Longue discussion sur ce sujet.

1870. — VERNEUIL. *Ostéosarcome de la mâchoire inférieure, extirpation, récidive; nouvelles opérations; ligature de la carotide externe, hémorrhagies consécutives; mort. Altération généralisée du foie.* Bullet. Société chirurgie, 1870, p. 82.

1870. — PÉRONNE. *De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme.* Thèse de Paris, 4 mars, sous ma présidence, obs. XIV, XVIII, XXVIII, XXX, XXXI, XXXII.

1870 (décembre) et 1871 (janvier). — VERNEUIL. *De la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les alcooliques.* Bulletin Acad. de médecine, obs. I.

Voir in Mémoires de chirurgie, t. III, p. 204. *Notes additionnelles* aux premiers travaux sur l'alcoolisme, plusieurs observations empruntées à divers auteurs où sont notées des lésions plus ou moins graves du foie, p. 308, 312, 313, 319, 336, 337, 343.

1871. — VERNEUIL. *Plaie de la face par arme à feu, hémorrhagies consécutives répétées; ligature de la carotide primitive; hémiplégie. Mort rapide. Altération du foie.* Bull. Société chirurgie, p. 1855, 195.

1871. — VERNEUIL. *Scorbut compliquant les lésions traumatiques.* Gaz. hebdom., p. 149-152-154, 8e conclusion. « La tendance hémorrhagique si marquée dans le scorbut doit appeler tout particulièrement l'attention sur l'état du foie. »

1872. — VERNEUIL. *Ictère traumatique.* Bull. Académie de médecine, p. 841. Sur cette question voir une observation dans la thèse de Gauchas, p. 110, et dans mes Mémoires de chirurgie, t. II, p. 232.

1872. — VERNEUIL. Thèse d'agrég. de chirurgie de Bergeron, Paris, 1872, p. 86 et 101.

1873. — GAUCHOIS. *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques secondaires.* Thèse inaug., Paris, p. 132, sous ma présidence.

1874. — POZZI et VERNEUIL. *Dégénérescence aiguë du foie et des reins causée par la septicémie.* Bull. Société anatomique, p. 775.

1875. — VERNEUIL. *Influence qu'exercent les affections antérieures du foie sur la marche des lésions traumatiques.* Congrès international de Bruxelles, p. 298.

1875. — DURET. *Traitement des hémorrhoïdes par les douches sur la région hépatique,* clinique de M. Verneuil, à la Pitié. *Progrès médical,* 15 mai, p. 261. Trois observations dont une remonte à 1871.

1875. — CAZALIS. *De la dégénérescence amyloïde et de la stéatose du foie et des reins dans les longues suppurations et la septicémie chirurgicale.* Th. de Paris, sous ma présidence.

1876. — COUSTON. *Altérations viscérales et vasculaires dans les brûlures. Lésions du foie,* p. 19, 20, 39. Thèse de Paris, sous ma présidence.

1876. — POUYET. *De divers accidents liés aux maladies du foie dont plusieurs intéressent la chirurgie.* Thèse de Paris, sous ma présidence.

1877. — LONGUET. *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumas.* Nombreuses observations. Thèse de Paris, sous ma présidence.

1878. VERNEUIL. *Des vomissements opiniâtres après les opérations chirurgicales,* obs. VI, VII, VIII, IX. Bull. Société chirurgicale, 1878, p. 550.

1878. — VERNEUIL. *Série de 27 grandes amputations,* obs. I, XXV, XXVI, XXVII, Arch. génér. de méd., 7e série, t. Ier et pour l'observation XXV, Chuquet, Bull. de la Société anat., 1877, p. 105.

1878. — VERNEUIL. *Opérations chez les sujets atteints de néoplasmes généralisés.* Association française, session de Paris, p. 924.

Une observation détaillée se trouve dans la thèse inaugurale de Cerné intitulée: *De la mort rapide après le traumatisme en cas de néoplasmes profonds.* Cas de Méricamp, p. 52. *Cancer du foie, fracture simple du péroné, mort rapide.* Une autre est due à Leclerc. *Cancer du sein; généralisation dans les viscères; poumon, foie.* Bull. Société anat., 1878, p. 244.

1878. — Extrait d'une leçon clinique inédite, du 6 mai: « Homme, 54 ans, journalier. Santé très mauvaise, cirrhose, ascite, hernie ombilicale, celle-ci réduite spontanément par la distension du ventre ressort après l'évacuation du liquide par ponction et s'étrangle. On avait en ville vainement tenté le taxis, puis maladroitement appliqué sur le sac des sangsues, *on eut la plus grande peine à arrêter l'hémorrhagie.* Établissement d'un anus contre nature à l'aide d'une application de caustique; cessation des accidents. »

1879. — VERNEUIL. *Tumeur de la parotide. Extirpation; fièvre traumatique soudaine. Épistaxis. Urines rosacées. Congestion chronique du foie méconnue jusqu'alors.* Clinique du 28 mars 1879 publiée seulement dans le VIe volume (sous presse) de mes Mémoires de chirurgie, p. 183.

1879, 1880. — DURET. *Recherches sur la pathogénie des hémorrhoïdes.* Archiv. de médecine. VII série, 1879, t. II, p. 643; 1880, t. Ier, p. 60 et 191; plusieurs observations prises en 1875 dans mon service, p. 66, 192, 196. Ce mémoire, écrit en 1875, était resté jusque-là inédit.

1880. — VERNEUIL. *Absconditos morbos vulnera detegunt.* Débridement de trajets fistuleux; vomissements réitérés; dépôt rosé dans les urines; hémorrhagies secondaires précoces. Gaz. méd. de Paris, 1880, p. 675, et Mém. de chir., t. III, p. 350.

1880, 1881. — VERNEUIL. *Épistaxis probablement symptomatique d'une cirrhose du foie... Guérison par application d'un vésicatoire sur la région hépatique.* Observation recueillie en juillet 1880, communiquée au Congrès de Reims (Association française) le 18 août; publiée *in extenso* par le Dr Garnier, Gazette hebdom., mars 1881, p. 149.

1881. — L.-H. PETIT. *Une question de priorité entre un moderne, Fernel et Galien.* Même recueil, p. 145. La question est traitée magistralement au point de vue historique.

1882. — GAUCHAS. *Stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgicale.* Nombreuses observations. Th. de Paris, sous ma présidence.

1882. — L.-H. PETIT. *Étiologie et pathogénie de la variole hémorrhagique.* Union médicale, t. XXXVI, p. 890.

1883. — KIRMISSON. *Cirrhose latente du foie; hernie crurale étranglée et opérée; mort; autopsie.* Gaz. hebdomadaire, p. 753.

1883. — VERNEUIL. *Action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.* Bulletin Soc. de chirurgie; longue discussion. Les faits relatifs aux lésions hépatiques se trouvent pp. 159, 162, 366, (Berger), 374 (Richelot).

1884. — VERNEUIL. *Traumatisme et affections du foie.* Revue de chirurgie, p. 489, obs. de Segond.

1885. — VERNEUIL. *Forme hémorrhagique de l'érysipèle.* Mém. de chir., t. IV, p. 689. — *Pronostic de l'érysipèle. Ibid.,* pp. 712, 717, 718, 719.

Scarlatine hémorrhagique. Ibid., p. 369.

1885. — VERNEUIL. *Des urines rosaciques; de leurs rapports avec les affections du foie, les hémorrhagies et la gangrène traumatique.* Congrès français de chirurgie, 1re session, p. 111.

1885. — VERNEUIL. *Stéatose du foie chez des femmes atteintes de volumineux polypes utérins,* in POZZI. *Sur les énormes polypes de*

l'utérus. Revue de chirurgie, 5e année, p. 112. Voir les observ. VII, p. 128, X., p. 133.

1887. — VERNEUIL. *Du traitement de certaines épistaxis rebelles*. Bull. Acad. de médecine, t. XVII, p. 489. Ma première observation de 1880 est reproduite et suivie de deux autres faits inédits.

1887-1889. — GUINARD (alors mon chef de clinique). *Traitement de l'hémoptysie par la révulsion hépatique*. Études expérim. et cliniques sur la tuberculose. T. Ier, 2e fascicule, p. 653.

Du même. *Indications de la révulsion para hépatique dans le traitement de certaines hémorrhagies*. Gaz. hebd. de méd. et de chir., nov. 1889; p. 722 et 759.

1888. — L.-H. PETIT. *Du traitement des hémorrhagies par la révulsion sur la région hépatique*. Bull. de thérap., 1882, t. CXV, p. 49. Ce travail renferme un résumé des observations publiées par un praticien anglais distingué, le Dr Harkin, de Belfast, in *The Lancet*, 30 oct. 1886, et intitulé: *On vicarious bleeding from under lip with cases and remarks of the modern treatment of hemorroids* et d'autres observations inédites.

1892. HARKIN. *On epitaxis and the hemorroidal flux, their pathogenic unity and identity of cure*.

Dublin, *Journal of med. Sciences*, juin 1892. Mon honorable confrère remarque que depuis de longues années nous poursuivons parallèlement les mêmes recherches et arrivons aux mêmes conclusions théoriques et pratiques. Quant à la question de priorité, elle est facile à trancher, en comparant les publications de M. Harkin avec les miennes.

1892. — L.-H. PETIT. *Traitement de certaines hémorrhagies rebelles par la révulsion sur les régions hépatique ou splénique*.

Note inédite renfermant de nouvelles observations ; sera prochainement publiée dans le *Bulletin de thérapeutique*.

GYNÉCOLOGIE

DE LA CASTRATION CHEZ LA FEMME (OPÉRATION DE BATTEY)

Comme traitement de la dysménorrhée dans la dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

Par le Dr P. CHARRIER,
Ancien interne du Dr Pozzi.

Les trois observations qui suivent présentent un intérêt particulier. Dans aucune d'elles les trompes ne furent trouvées altérées d'une façon irréparable. La lésion principale était une lésion ovarienne, et dans les trois cas c'était la même. Il s'agissait de la dégénérescence sclérokystique de l'ovaire, de cette maladie qui était connue autrefois sous le nom d'ovarite chronique. On sait, ainsi que l'a parfaitement décrit M. Pozzi dans son livre (1) que l'ovarite chronique est le plus souvent consécutive à des lésions de péritonite localisée. Il s'agit de véritables poussées de péri-oophorites analogues à ses poussées de péri-salpingites que nous avons décrites dans notre thèse, et consécutives même le plus souvent à ces lésions salpingiennes et péri-salpingiennes. Toutefois il y a des cas dans lesquelles les lésions des trompes sont moins graves quoique plus anciennes que les lésions salpingiennes. Il arrive même que chez des femmes qui n'ont jamais présenté ni infection puerpérale ni infection vénérienne, il existe cependant des lésions scléreuses de l'ovaire. Or, il nous semble que dans ces cas on trouve presque toujours un utérus incomplètement développé, un véritable utérus infantile. Le cas présente un orifice très étroit. La cavité utérine atteint à peine 5 centim., quelquefois moins. Les règles sont douloureuses, difficiles, et l'on est en droit de se demander si les lésions ovariennes scléreuses ne sont pas la conséquence fatale, logique des troubles menstruels dont nous venons de parler.

Quoi qu'il en soit, la dégénérescence scléro-kystique des ovaires est un terme dont on a souvent abusé. Paul Petit dans un travail récent, a cherché à faire comprendre qu'il s'agissait le plus souvent d'une évolution pathologique du follicule de Graaf (1).

De même notre collègue et ami Conzette (2) s'est efforcé de décrire cette affection. Ce qu'il y a de certain c'est que sous l'influence de la sclérose, il se produit des lésions du plexus ovarien. La femme éprouve à chaque époque menstruelle de véritables crises douloureuses. Parfois même il y a une réelle aménorrhée dysménorrhéique. Les douleurs sont même intolérables. C'est dans ces cas seulement que l'on est en droit, comme l'a fait notre maître, de songer à l'intervention chirurgicale. « Dans ces dernières années on a singulièrement abusé de cette dénomination de dégénérescence scléro-kystique des ovaires pour justifier l'extirpation totale des trompes et des ovaires. » Il faut réagir de toutes ses forces contre une pareille tendance. Il faut respecter les organes de la génération chez la femme, comme on les respecte chez l'homme, on n'a pas plus le droit, en France, sans nécessité, de faire des eunuques femelles, que des eunuques mâles. Les uns et les antres sont autant d'empêchements à la reproduction de l'espèce. M. Pozzi, qui professe qu'en fait d'intervention chirurgicale on doit toujours commencer par l'acte le moins grave, a pratiqué plusieurs fois, déjà avec un plein succès, la resection partielle et la suture de l'ovaire ; c'est le meilleur argument que l'on puisse fournir, à notre opinion. En chirurgie on ne saurait être trop conservateur. De même que, lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne, on ne saurait trop enlever, lorsqu'il s'agit d'un organe en partie sain et dont la lésion n'est ni cancéreuse, ni tuberculeuse, on ne saurait trop garder. La bénignité de la salpingotomie pour lésions non suppurées des annexes n'est pas une raison suffisante pour multiplier les castrations. Nous sommes convaincus que l'avenir appartiendra à ceux qui sauront faire complètement, en totalité, les opérations nécessaires. Aujourd'hui que les actes opératoires les plus hardis sont souvent couronnés de succès, il ne faut pas se laisser dominer par la « *furor operativus* », il faut surtout chercher à faire un diagnostic précis, il faut poser une indication chirurgicale qui comporte, une fois la laparotomie faite, ce que mon maître a si heureusement appelé l'absolution opératoire, absolution que l'on refuserait, j'en suis certain, à nombre de ces opérateurs ayant pratiqué la salpingotomie pour les ovaires scléro-kystiques. Dans nos observations on verra, je l'espère, qu'il fallait opérer et qu'on a bien opéré.

(1) (*Traité de gynécologie.*) 2e édition, p. 631.

(1) Paul Petit. Note dans l'évolution norm. et path. du follicule de Graaf. (*Mém. et Bull. de la Société obst. et gynécol.*, 11 juillet.)

(2) Conzette. Ovaires à petits kystes. (*Thèse de Paris*, 1890.

I. *Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Salpingite catarrhale. Dysménorrhée intense. Ablation des annexes. Guérison.*

(Observation recueillie par mon collègue et ami Cazenave).

P..... (Claire), 24 ans. Entrée le 5 août 1890. Lit n° 3.

Opérée le 3 septembre 1890. Sortie le 28.

Antécédents héréditaires : nuls.

— personnels : réglée à 14 ans ; chorée à 7 ans ; rhumatisme à 16 ans ; pleurésie à 17 ans.

Depuis cette époque ses règles sont douloureuses et irrégulières.

A été plusieurs fois soignée dans les hôpitaux de Paris : 1885, hôpital La Pitié (Brouardel) 1889, Lariboisière (Constantin Paul), où elle est traitée pour une deuxième pleurésie. Depuis cette époque les douleurs dans le bas-ventre, qui existaient depuis l'âge de 16 ans, vont en augmentant et l'obligent à garder le lit pendant trois jours chaque mois. En outre, dans l'intervalle des règles, lorsqu'elle se fatigue un peu, elle ressent surtout à gauche, dans la fosse iliaque, un point très douloureux.

Entrée en août à Pascal.

A l'examen on trouve : col normal, corps de l'utérus dirigé en arrière et faisant un peu saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

Annexes : à gauche on distingue la trompe dilatée et adhérente, très douloureuse à la pression. A droite, la trompe est un peu dure. En raison de l'intensité des douleurs et du peu de lésions salpingiennes, on juge probable que les ovaires sont sclérokystiques et sont le point de départ des troubles douloureux.

Opération le 3 septembre.

Examen sous chloroforme : col conique. Utérus en rétroposition, le cul-de-sac postérieur est rempli par des brides saillantes tendues entre la face postérieure de l'utérus et la face antérieure du sacrum (para metritis atrophicans. Freund.)

A gauche, du côté des annexes, l'ovaire non augmenté de volume, est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, et la trompe semble épaissie, parenchymateuse.

A droite, annexes difficilement accessibles.

A l'ouverture du ventre, M. Pozzi recherche l'ovaire prolabé derrière l'utérus, et l'attire à l'extérieur avec la trompe et la sectionne après le nœud de Lawson Tait. L'ablation des annexes du côté droit est également faite et aussitôt après l'utérus se porte en avant.

Examen des pièces : l'ovaire gauche est allongé, aplati, mamelonné ; la trompe œdémateuse et épaissie, congestionnée. A la coupe de l'ovaire, kyste du corps jaune, du volume d'une fève formée d'une coque jaunâtre caractéristique. La surface de l'ovaire est parsemée de petits kystes lenticulaires, transparents, laissant échapper, lorsqu'on les presse, une sérosité citrine.

A droite, ovaire de forme normale mais présentant de petits kystes transparents de la grosseur d'un grain de chènevis avec traces de sclérose interstitielle tout autour des petits kystes. Trompe rouge pourpre, congestionnée, œdémateuse ; pavillon non oblitéré.

La malade sort guérie le 27 septembre, n'éprouvant plus aucune douleur, est revue le 3 novembre et continue à aller bien.

II. *Ablation des annexes pour ovaires sclérokystiques.*

La nommée P..... (Hélène), âgée de 34 ans, entrée le 23 octobre 1890, salle A, lit n° 21.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans régulièrement. Première grossesse à 19 ans, couches normales. Deuxième grossesse un an après, troisième grossesse un an après. Toutes trois normales.

La malade souffre du ventre depuis six ans ; depuis deux ans surtout ses règles sont très irrégulières, elle a des pertes blanches très épaisses · douleurs très vives dans le ventre, s'irradiant dans le rein et les côtés. Elle est entrée le 15 avril 1890, dans le service de M. Beurmann à Pascal, où on lui a fait un curettage. Au mois de juin de la même année, deuxième curettage, les pertes blanches ont diminué, mais les douleurs sont toujours aussi vives.

Le 21 novembre 1890, M. Pozzi fait un examen sous chloroforme.

Col volumineux, contenant de nombreux petits kystes sur la lèvre postérieure. Utérus en antéflexion. Les trompes ne paraissent pas augmentées de volume, les ovaires sont sclérokystiques, surtout celui du côté droit. Diagnostic : oophoro-salpingite chronique avec ovaires scléro-kystiques.

Opération le même jour.

Examen des pièces : côté gauche, trompe œdémateuse, rouge. Le pavillon est flottant, on y trouve un petit kyste. L'ovaire présente une surface irrégulière et râpeuse, il contient plusieurs kystes dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois chiche. Le côté droit présente le même aspect. Cependant l'ovaire est plus gros et diffère de celui du côté gauche par la présence d'un kyste sanguin qui occupe son bord extrême (kyste du corps jaune, volume d'une noisette). A la coupe l'ovaire est scléreux, la surface externe est mamelonnée et a l'aspect vermicellé. Suites excellentes : réunion par première intention. Premier pansement le neuvième jour. Guérison complète.

III. *Ablation des annexes pour ovaires scléro-kystiques.*

La nommée W... (Marie), âgée de 20 ans, entrée le 2 décembre 1890, salle A, lit n° 17.

Antécédents : gourme et ophthalmie étant enfant, réglée à 15 ans, avec des retards et des douleurs incessantes. Premier et seul accouchement le 4 septembre 1885. Jamais d'écoulements avant son accouchement ; aussitôt après elle commence à souffrir, et depuis lors, ses douleurs ont toujours persisté, s'accompagnant d'écoulement leucorrhéique. Elle a en de la rectite (hémorrhoïdes). Entrée ici chez M. Hirtz où elle est traitée pour une métrite simple on lui met un crayon de nitrate d'argent dans l'utérus, des tampons glycérinés. Elle sort améliorée. Entrée chez M. Landrieux en février 1889, pour ses hémorrhoïdes, etc.

Entrée à Pascal le 2 décembre 1890, M. Pozzi constate que l'utérus est en rétroversion adhérente. En arrière, à gauche, il y a une tumeur dure qui est séparée de l'utérus par un sillon ; cette tumeur semble constituée par les annexes gauches prolabés dans le cul-de-sac de Douglas. A droite, on atteint difficilement les annexes indurées. Diagnostic : double oophoro-salpingite non kystique.

Nouvel examen *sous le chloroforme* : utérus en rétroposi-

tion adhérente ; à gauche, dans le cul-de-sac latéral, on sent une tumeur du volume d'un œuf, irrégulière, séparée de l'utérus par une forte dépression et adhérente en arrière à la pelvienne. A droite, tumeur analogue, mais mobile, paraissant constituée par l'ovaire polykystique, soudée à une trompe malade.

Les annexes du côté droit sont libres, celles du côté gauche, adhérentes en arrière.

L'utérus maintenu en rétroversion, les annexes sont enlevées.

A l'examen, on constate que la lésion consiste en ovarite chronique, bilatérale, les trompes sont très congestionnées et épaissies, mais le pavillon n'est pas oblitéré. L'ovaire droit est plus volumineux, il est d'un tiers plus fort qu'à l'état normal, il contient plusieurs petits kystes séreux et un kyste du corps jaune du volume d'une noisette. Son tissu est très dur à la coupe et à la palpation. Du côté gauche la sclérose de l'ovaire est surtout marquée au niveau du hile parsemé de kystes séreux transparents; quelques-uns sont devenus hémorrhagiques.

En résumé: altération scléro-kystique des ovaires et salpingite catarrhale.

L'opération est pratiquée. Double castration. Aucun incident. Guérison par 1re intention le 8me jour.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DES TROUBLES TARDIFS, CONSÉCUTIFS A LA THYROÏDECTOMIE CHEZ LE LAPIN (1).

Par M. E. GLEY.

Il m'a été donné d'observer, dans quelques cas, sur le lapin, après la thyroïdectomie, non plus ces accidents presque immédiats et aigus, tout à fait analogues à ceux que présentent les chiens thyroïdectomisés et que j'ai décrits en détail (*Soc. de biol.*, 16 mai et 19 décembre 1891; *Arch. de phsiol.*, janvier 1892), mais des troubles survenant tardivement, plusieurs mois après l'observation, et consistant en une cachexie spéciale. Je n'ai encore rencontré qu'un très petit nombre de cas de ce genre ; je me suis contenté de les enregistrer avec soin, me proposant pour l'avenir de rechercher les causes de cette différence entre les effets de la thyroïdectomie chez des animaux de même espèce.

Aussi ne me suis-je décidé à parler dès maintenant de ces faits que parce que je viens de prendre connaissance d'un fort intéressant travail de Hofmeister (de Halle) sur les résultats de l'extirpation de la glande thyroïde chez le lapin (*Fortschritte der Medicin*, 15 février 1892, Band X, p. 121). D'une façon générale, Hofmeister a vu se développer chez tous les animaux qu'il a opérés la cachexie dont il s'agit. Ce n'est, au contraire, que sur un petit nombre d'animaux que j'ai constaté la maladie. Il est vrai que nos conditions opératoires n'ont pas été les mêmes, comme on le verra plus loin.

J'ai déjà fait connaître une de mes observations ; je n'y reviendrai pas. J'ai en effet rapporté (*Soc. de biol.*, 19 décembre 1891, p. 846, et surtout *Arch. de physiol.*, avril 1892, p. 313-314) l'histoire d'un lapin qui fournit un bel exemple de la maladie en question ; j'ai d'ailleurs présenté cet animal à la Société. Aujourd'hui, j'en présente un autre qui a le même aspect général et sur lequel ne se voient pas moins bien les mêmes lésions cutanées.

C'est un lapin qui a été thyroïdectomisé le 17 février de cette année (thyroïdectomie totale) ; il était alors âgé d'environ trois mois et pesait 1 kil. 310. On lui fit, immédiatement après l'opération, dans le péritoine, une injection de liquide extrait de glandes thyroïdes de lapins. Le 15 mars, il pesait 1 kil. 580 ; le 11 juin, 2 kil. 220. On remarqua à cette époque qu'il avait le poil très rude et quelques croûtes épidermiques. Le 11 juillet, il pesait 2 kil. 170. Les troubles cutanés sont très marqués : la desquamation épidermique est générale, le poil est tombé par places et tombe encore, le museau paraît un peu épaissi, les oreilles sont très froides et rugueuses ; le ventre est gonflé. Il mange beaucoup, mais a grossi beaucoup moins que des lapins normaux vivant avec lui.

Sur un autre lapin, j'avais vu antérieurement les mêmes lésions se produire, quoique un peu moins nettes. C'était un animal (1) pesant 1 kil. 880, sur lequel j'avais enlevé, le 14 août 1891, la glande thyroïde. Le 2 novembre 1891, il pesait 2 kil. 920 ; j'enlevai la glandule thyroïdienne du côté gauche : hypertrophiée, cette glandule pesait 0 gr. 011. Le 4 décembre 1871, l'animal pesait 2 kil. 900 ; j'enlevai la glandule du côté droit qui pesait 0 gr. 015. A la fin de ce mois de décembre, on remarqua que la peau des oreilles était froide et rugueuse, et sur la peau du corps, en divers endroits, des croûtes épidermiques. Le 13 janvier 1892 on constate le même état. La santé générale cependant reste bonne. Le 14 février, ce lapin pesait 3 kil. 075 ; le 15 mars, 3 kil. 180 ; il paraissait toutefois un peu abruti, restant presque toujours immobile dans un coin de sa cage, la tête basse. On le trouva mort le 10 mai 1892. A l'autopsie, péritonite dont la cause est restée inconnue. Sur le côté gauche du thorax il avait un abcès, suite d'une morsure profonde. L'hypophyse, considérablement hypertrophiée, pesait 0 gr. 101.

Les animaux dont parle Hofmeister avaient tous cet aspect et ces lésions. Mais, de plus, Hofmeister a constaté une série de faits d'un haut intérêt, consistant en un arrêt de développement considérable des os, surtout des os longs et du bassin, et, chez les femelles, en des lésions de l'ovaire (*hypertrophie folliculaire* de Ziegler). — Il a, enfin, toujours trouvé pour l'hypophyse les modifications histologiques, déjà étudiées par Rogowitch (*Arch. de physiol.*, 1888) et par Stieda (*Beitræger zu pathol. Anat. und allg. Pathol.*, 1890). Il a vu aussi l'hypophyse remarquablement hypertrophiée, pesant de 0 gr. 025 à gr. 041, au lieu de 0 gr. 015 à 0 gr. 022 chez les lapins normaux. — La valeur de toutes ces observations est d'autant plus grande que Hofmeister a pu les faire sur des animaux provenant d'une même portée, et qu'il sacrifiait à des intervalles plus ou moins éloignés de l'opération (de deux mois un tiers à six mois), sacrifiant en même temps des lapins de la même

(1) Société de biologie, 16 juillet 1892.

(1) C'est l'animal dont j'ai parlé dans mon mémoire des *Arch. de physiol.*, janvier 1892, p. 146. J'achève ici mon histoire.

portée, gardés comme témoins, et examinant comparativement sur ces témoins les organes et les tissus qu'il trouvait altérés ou modifiés chez les thyroïdectomisés.

J'appellerai particulièrement l'attention sur cette hypertrophie probablement compensatrice de l'hypophyse, que j'avais constatée de mon côté. J'ai dit plus haut que sur un animal j'avais trouvé le poids de cette glande s'élevant à 0 gr. 101; l'organe avait débordé toute la selle turcique. Sur un autre animal, qui pesait 2 kil. 970 lorsque je lui enlevai la glande thyroïde et la glandule droite, et 3 kil. 580 lorsque je lui enlevai, quatre mois et dix jours après, la glandule gauche restante, et qui, dès le lendemain de cette seconde opération, fut pris de troubles paralytiques avec contracture, et mourut dans cet état en neuf jours, j'ai noté comme poids de l'hypophyse, 0 gr. 055. Sur un autre animal qui reçut immédiatement après la thyroïdectomie une injection intra-péritonéale du suc thyroïdien, survécut quatre mois sans présenter le moindre accident et fut tué au bout de ce temps par piqûre du bulbe, j'ai trouvé le poids de 0 gr. 030. Or, j'ai toujours trouvé comme poids moyen, chez plusieurs lapins normaux, 0 gr. 020 à 0 gr. 25.

Il est clair que ces observations et celles si intéressantes d'Hofmeister ne peuvent qu'engager les physiologistes à se poser la question de la possibilité d'une relation fonctionnelle entre la glande thyroïde et la pituitaire (voy. ce que j'ai déjà dit à ce sujet, *loc. cit.*).

Pour toutes ses recherches, Hofmeister ne s'est servi que de jeunes animaux, âgés de cinq à seize semaines, convaincu à juste titre que le jeune âge était une condition nécessaire pour que les arrêts de développement pussent être d'une constatation aisée.

Sur ces animaux, il n'a enlevé que la glande thyroïde proprement dite, sans toucher aux glandules que j'ai décrites. Ce qui explique qu'il n'ait pas observé les accidents aigus dont j'ai fait connaître l'existence chez le lapin. De ses expériences il ressort que, du moins chez les jeunes lapins, la présence des glandules thyroïdiennes ne suffit pas pour compenser complètement la perte de la glande proprement dite. « Jene Gley'schen Nebenschilddrüsen, écrit Hofmeister, welche bei meinen bisherigen Versuchen stets zurückblieben sind, wenigstens bei jugen Kaninchen (selbst im Verein mit der Hypophysis cerebri) nicht genügend, um den Ausfall der Schilddrüse (der Autoren) funktionnel vollständig zu ersetzen. » Je ne puis que souscrire à cette conclusion, en ajoutant que, dans certains cas, l'injection de suc thyroïdien paraît avoir joué le même rôle que la présence des glandules et empêché les accidents aigus de se produire, de telle sorte que, d'autre part, les troubles trophiques ont eu le temps de se développer (voy. l'observation rapportée plus haut). — Dans le même ordre d'idées, je signalerai ce fait qui ne me paraît pas sans importance, surtout si de nouvelles expériences venaient le confirmer, à savoir que les accidents aigus ne surviennent généralement pas, si on enlève les glandules en une ou deux fois plusieurs mois après l'ablation de la glande principale. Si ce n'était aller un peu loin dans la voie de l'hypothèse, on pourrait penser que de cette façon l'hypophyse a le temps, par l'hypertrophie de ses éléments, de suhvenir à la fonction que remplit la thyroïde, mais elle ne peut suppléer celle-ci complètement, et la cachexie spéciale se produit.

Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte de revenir ici sur les effets de la thyroïdectomie chez le lapin, pour dire que, depuis mes premiers travaux sur ce sujet, j'ai opéré 18 autres animaux, chiffre qui, ajouté aux 16 lapins dont il est parlé dans mon premier mémoire, donne un total de 34 animaux ayant subi la *thyroïdectomie complète*. Que sont devenus ces 18 nouveaux opérés? Deux sont morts d'embolie au cours d'une injection de liquide thyroïdien. Il en reste 16 à considérer. 9 sont morts avec les accidents convulsifs habituels, et dans les délais ordinaires que j'ai indiqués, en quarante-huit heures, trente et un heures, seize heures et demie, trente-cinq heures et demie, dix-sept heures et demie, soixante-huit heures, soixante-huit ou soixante-neuf heures, trente-six et vingt heures. Deux ont présenté une cachexie spéciale (il a été parlé plus haut de ces deux animaux). Deux ont survécu après avoir reçu une injection de liquide thyroïdien; l'un a été sacrifié par piqûre du bulbe quatre mois après l'opération (on trouva à l'autopsie l'hypophyse hypertrophiée, pesant 0 gr. 030); l'autre vit encore, très bien portant, depuis cinq mois et huit jours. Des trois derniers, l'un a vécu bien portant six mois et neuf jours; à ce moment, on a essayé de lui détruire l'hypophyse; il est mort quatorze jours après, ayant présenté divers accidents sur lesquels j'aurai assurément l'occasion de revenir; le deuxième vit en bonne santé depuis deux mois, et le troisième depuis neuf jours.

Si on ajoute à ces 3 survivants l'animal cité dans mon premier mémoire et qui n'eut point d'accidents, on arrive à un total de 4 survivants sur 32 opérés. Il s'agit, bien entendu, de savoir si ces animaux ne présenteront point d'accidents dans l'avenir. Il importe en effet de ne pas oublier que Tizzoni et Centanni (*Arch. per. le sc. med.*, XIV, 1890, p. 315) ont constaté, chez les chiens thyroïdectomisés, des troubles cachectiques très tardifs, s'étant développés dans un cas après onze mois et dans un autre cas après trois ans et et cinq mois. Or, sur mes 4 survivants, on voit que le premier, celui dont il est parlé dans mon premier mémoire, a été sacrifié au bout de dix-sept jours pour une autre expérience (*Arch. de physiol.*, janvier 1892, p. 137); le deuxième n'a vécu que six mois et huit jours, ayant subi alors une opération cérébrale à la suite de laquelle il est mort; enfin le troisième et le quatrième n'ont été opérés, l'un que depuis deux mois et l'autre que depuis neuf jours.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA

Suite (1)

III. — SUR LA TRANSFUSION ARTÉRIELLE CENTRALE D'EAU SALÉE DANS LE TRAITEMENT DES CHOLÉRIQUES, par le Dr O. SILBERMANN. (*Eodem loco*, n° 36, p. 816).

III. — M. O. Silbermann est partisan de l'injection intra-artérielle d'une solution de chlorure de sodium, au titre physiologique, dans le traitement du choléra, suivant le pro-

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 38.

cédé imaginé par Landois. Les indications de ce mode d'intervention sont les mêmes que pour les injections intra-veineuses et sous-cutanées. Elle a sur ces derniers la supériorité d'être encore efficace à un moment où les autres modes d'injection échouent.

Relativement à la technique de l'injection intra artérielle, l'auteur fournit les renseignements suivants :

On met à nu l'une des artères radiales au moyen d'une incision qui mesure 2 centim. 1/2 en longueur, on applique une ligature sur l'artère, et plus en amont une petite pince. Enfin on glisse sous le vaisseau quelques fils. On procède ensuite à la transfusion, avec un appareil qui se compose des pièces suivantes : un entonnoir en verre, d'une capacité d'environ 500 à 600 cc., est armé d'un tube en caoutchouc de 1 1/2 mètre de longueur. Ce tube est muni à son extrémité inférieure d'une canule en verre, et en son milieu d'une autre canule en forme de T, également en verre. Un peu au-dessus de son extrémité supérieure, le tube en caoutchouc est muni d'une pince mobile A. Enfin immédiatement en arrière de l'extrémité libre de la canule inférieure se trouve une autre pince, B, avec laquelle on peut oblitérer l'artère, une fois que la canule y sera introduite.

Au moment de pratiquer la transfusion on remplit l'entonnoir complètement avec la solution de chlorure de sodium ; on laisse écouler une certaine quantité de liquide par portions pour chasser tout l'air. Puis on incise la radiale immédiatement au-dessus de la ligature, on introduit la canule inférieure à travers cette incision, et on la fixe en place avec les fils. Puis la pince qui obturait le tube en caoutchouc immédiatement au-dessous de l'entonnoir est déplacée jusqu'au-dessous de la canule en T dont la branche médiane communique avec une seringue en verre d'une capacité de 150 à 200 grammes. On aspire dans cette seringue une partie du contenu de l'entonnoir. Quand on s'est assuré que la seringue ne contient plus d'air, on remet la pince A à l'endroit qu'elle occupait primitivement, on enlève la pince B, et on refoule le contenu de la seringue dans l'artère. Cela fait, rapidement on applique de nouveau la pince B sur l'artère et on recommence la manœuvre. On peut ainsi, en l'espace de 10 à 15 minutes, injecter de grandes quantités de liquide dans le système aortique, et dans le sens centripète, sans avoir à craindre des accidents cardiaques ou pulmonaires.

A vrai dire, jusqu'ici M. O. Silbermann s'est contenté d'expérimenter ce procédé de transfusion sur des chiens.

REVUE CRITIQUE

SUR LES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Une des caractéristiques de la science médicale contemporaine réside dans la précision que les nosologistes mettent à rechercher l'étiologie et la nature des maladies. Cette préoccupation se fait jour dans la plupart des travaux publiés, et il est visible qu'elle inspire presque toutes les méthodes ou innovations thérapeutiques. Aussi les questions d'anatomie et de physiologie pathologique, et celles de bactériologie, qui sont corrélatives de cette tendance, ont-elles acquis une importance de plus en plus prépondérante, et cela un peu aux dépens de la clinique, ce qui est assurément un tort, car l'observation restera longtemps notre guide le plus sûr. Toujours est-il que, de nos jours, la plupart des questions ont été remaniées, revisées, approfondies, et qu'elles ont reçu un développement tout à fait inattendu. La pathologie du cœur, en particulier, nous fournit un exemple remarquable de cette évolution.

Dans ce dernier ordre de faits, on ne se contente plus de la simple notion de la lésion locale, reconnaissable par les procédés séméiologiques habituels. On veut y joindre celle de l'étiologie, comme une condition indispensable à l'établissement d'une hygiène et d'une thérapeutique rationnels. Ainsi, nous ne saurions nous borner actuellement, comme nos prédécesseurs, à la simple constatation d'une altération myocardique ou valvulaire et nous ne pourrions faire de cette constatation l'unique but et la seule solution du problème posé au lit du malade. Il nous faut quelque chose de plus, si nous voulons donner une base solide aux indications, qui varient elles-mêmes si souvent avec les cas particuliers. De là, tant d'efforts pour arriver à la découverte des causes générales, et pour catégoriser les affections du cœur d'une manière conforme à leur étiologie. L'histoire des cardiopathies artérielles, qui est de date relativement récente, est née de cette préoccupation et on peut affirmer qu'elle est due presque toute entière aux recherches poursuivies dans ces dernières années, et dont notre pays peut revendiquer une bonne part, peut-être la meilleure.

Un des travaux les plus importants sur cette dernière question a récemment paru, sous la signature de M. R. Faure-Miller, élève et interne de M. le Dr Huchard. Notre jeune confrère s'est visiblement inspiré des idées de son maître, à l'enseignement duquel il fait souvent allusion, au cours de son mémoire. Son but, clairement défini, est celui-ci : séparer les affections valvulaires d'origine rhumatismale, dont l'insuffisance mitrale est le type, de certaines cardiopathies, cliniquement assez semblables à ces dernières, mais très différentes au point de vue de leur étiologie, de leur évolution, de leur pronostic et des indications qui naissent de leur existence. Il s'est donc efforcé d'affirmer l'individualité de celles-ci, de les mettre à part, de les catégoriser en les opposant aux affections nettement rhumatismales, aussi souvent que la comparaison était possible. Telle est, sauf erreur de notre part, l'idée-mère qui a présidé à son travail.

Il est certain que presque toutes les considérations limitent en faveur de cette séparation. Et tout d'abord l'anatomie pathologique nous montre de notables différences. S'agit-il d'une lésion d'origine artérielle? On constate des altérations particulières, complexes, profondes, qui ont quelque chose de spécifique : prolifération du tissu conjonctif interposé aux fibres du myocarde et des vaisseaux, sclérose consécutive avec épaississement des parois et de l'endocarde, calcification et athérome des artères coronaires, etc. La lésion valvulaire, qui est généralement contemporaine de ces dernières ou même ultérieure, se présente elle-même avec un aspect spécial. En général la valvule est moins déformée que dans les cas d'origine rhumatismale : Elle a seulement perdu un peu de sa souplesse normale, elle est rugueuse, légèrement sclérosée à sa surface et sur ses bords. Un pareil état fait naître l'idée de troubles nutritifs, de modifications circulatoires, plutôt que celle d'inflammation proprement dite. D'un autre côté, il y a presque toujours généralisation de ces différents processus pathologiques à la totalité de l'arbre artériel, y compris les territoires vasculaires éloignés ou viscéraux. Cette dernière coïncidence est un fait d'un intérêt majeur, qui peut acquérir une valeur péremptoire en tant

qu'élément de diagnostic différentiel. Ainsi, dans les cardiopathies artérielles, la maladie est générale, il s'agit d'un état dystrophique du système artériel tout entier. Or, le nosologiste, pas plus que le clinicien, ne doit méconnaître l'importance de cette donnée, qui entraîne un changement radical dans l'orientation pronostique de certaines catégories de maladies du cœur. De fait, l'étude des symptômes paraît être entièrement corrélative de cette grande notion.

Tout d'abord il résulte de celle-ci que l'on doit mettre au premier plan, dans les cas auxquels nous faisons allusion la recherche de ce que M. Huchard a appelé « *stigmates* de l'artério-sclérose ». Il s'agit de phénomènes qui se passent au niveau du cœur lui-même ou bien à distance sur un théâtre plus ou moins éloigné. Ce sont en premier lieu, les signes de l'hypertension artérielle, comme le retentissement diastolique de l'aorte, l'élévation des sous-clavières, le faible dicrotisme du pouls, révélé par le tracé sphygmographique, et surtout l'hypertrophie du cœur gauche, fait capital dont la cause doit être cherchée dans l'altération de tout le système artériel, bien plutôt que dans une lésion localisée quelconque (insuffisance ou rétrécissement orificiel, néphrite interstitielle). Au sujet des symptômes d'ordre circulatoire, M. Faure-Miller insiste avec raison sur un phénomène très intéressant que l'on constate plutôt dans la période avancée : savoir un désaccord notable entre la force très réelle du pouls, et la faiblesse visible de la contraction cardiaque. C'est là une sorte de *pouls paradoxal*, à rapprocher de l'état inverse observé chez les cardiopathes rhumatismaux qui présentent au contraire une contraction ventriculaire énergique simultanément avec un pouls faible, petit, misérable. On peut tirer de ce fait un caractère différentiel très important, au cas où le diagnostic comporterait quelque hésitation. D'ailleurs, quand il s'est agi d'expliquer cette sorte de contradiction physiologique, les hypothèses n'ont pas manqué, et M. Faure-Miller en propose lui-même une assez plausible. Mais le devoir du clinicien est d'enregistrer les faits, sans se préoccuper outre mesure de théories qui offrent toujours une certaine prise à la critique.

Il y a encore bien d'autres symptômes à relever, dans cette séméiologie vraiment fort riche des cardiopathies artérielles. Peut-être même pourrait-on reprocher à M. Faure-Miller d'en avoir étendu le cadre outre mesure, pour les besoins de la cause. Il est certain que la séparation poursuivie par lui est tout à légitime, mais elle apparaît souvent comme un peu schématique, factice, artificielle, et on peut critiquer la valeur de certains arguments invoqués à l'appui. Ainsi, bon nombre des symptômes d'ordre périphérique sont, jusqu'à un certain point communs dans les deux catégories de lésions. Tels sont les troubles respiratoires, de modalités et de causes si diverses chez des cardiaques ; les sensations douloureuses thoraciques, beaucoup plus fréquentes chez les artériels, nous devons le reconnaître, et qui peuvent aller jusqu'à l'*angine de poitrine* mortelle : les troubles *cérébraux*, qui sont l'accompagnement presque obligé de la phase terminale. Ajoutons que la clinique permet de reconnaître dans l'ordre de succession de ces différents accidents, une sorte de régularité préétablie qui donne à la maladie une physionomie légèrement cyclique. Mais les différences réapparaissent, si on se place au point de vue de la marche et des modes habituels de terminaison.

En général l'évolution est lente et progressive, s'il s'agit d'une affection mitrale simple et la mort ne survient que tardivement, comme un aboutissant inévitable de cette période longue et douloureuse caractérisée par l'apparition de la cachexie cardiaque et de l'asystolie. Ce mode de terminaison se rencontre aussi chez les cardiopathes artériels, quand le myocardil, fatigué par la lutte, a perdu sa contractilité et sa résistance primitives. Dans ces cas on peut dire avec Lasègue que le malade tourne à la MITRALITÉ, expression très juste qui définit exactement cette phase ultime de la maladie : mais dans la plupart des cas, c'est plutôt une terminaison brusque que l'on observe : hémorragie ou embolie cérébrale, congestion ou œdème pulmonaire subit, accidents urémiques, pneumonie. Cette dernière éventualité n'est pas rare et lorsqu'elle surviendra on devra se rappeler, suivant la remarque de M. Huchard, que si la maladie est au poumon, le danger est au cœur. En résumé, l'évolution terminale est très différente dans les deux maladies, et c'est peut-être par là que leur séparation est le plus tranchée ; aussi leur pronostic ne saurait être uniforme, et il comporte bien plus d'aléas chez les cardiopathes artériels. M. Faure-Miller a tiré parti de ce fait pour accentuer la démarcation poursuivie par lui entre le type myo-valvulaire et l'affection mitrale des rhumatisants. Il y a là certainement un argument assez valable, mais qui pourtant est loin d'être décisif, car il y a des cas mixtes, où l'origine de la lésion cardiaque paraît double, à la fois vasculaire et rhumatismale et à ceux-là on ne peut appliquer une dichotomie nécessairement trop factice.

On retrouvera cette difficulté surtout à propos du diagnostic, dans l'appréciation duquel figurent bien des causes d'erreur que l'examen approfondi des malades ne suffit pas toujours à écarter.

La question des indications thérapeutiques n'est pas la moindre de celles que soulève l'étude des cardiopathes artérielles. En effet, dit avec raison M. Faure-Miller, si jamais il a été nécessaire de remonter à la notion pathogénique pour instituer un traitement judicieux, c'est surtout quand il s'agit de cardiopathies non rhumatismales qui empruntent le type valvulaire. Ici la simple constatation des bruits cardiaques et l'analyse du souffle ne saurait suffire, attendu que la lésion orificielle ne joue qu'un rôle secondaire, effacé, vraiment accessoire ; c'est ici le cas de rappeler que si le malade est *mitral* par l'auscultation, en revanche, il est aortique par la maladie. Voilà la véritable notion qui doit dominer et diriger l'intervention médicale. Le traitement sera donc tout d'abord pathogénique, ou plutôt prophylactique ; il visera en premier lieu la prédisposition à l'artério-sclérose, et formulera des règles sévères relativement au choix des aliments, des boissons, avec soins de la peau, etc. L'artério-sclérose est-elle créée, mais de date relativement récente, alors se posera nettement l'indication des médicaments modificateurs de la nutrition, en particulier celle des iodures alcalins. Cette dernière classe de médicaments sera encore utile à une période ultérieure, non plus contre l'artério-sclérose, qui est alors un fait accompli, non susceptible de régression, mais surtout comme moyen d'abaisser la tension artérielle, généralement surélevée par le fait de cette grande altération cardio-vasculaire.

Une question délicate et maintes fois discutée doit trouver place ici : Faut-il administrer la digitale aux cardiaques de la catégorie artérielle ? Le raisonnement appuyé par la clinique permet de donner une réponse précise. Il est clair que la digitale sera plutôt nuisible au début, dans la phase de contraction énergique et d'hypertrophie ; son intervention a

ce moment ne pourrait avoir d'autre effet que d'élever une tension intra-vasculaire déjà exagérée ; elle serait par conséquent déplacée et dangereuse. Au contraire, elle apparaît comme très utile dans la phase ultime, quand le myocarde donne des signes de fatigue, et que les cavités commencent à se dilater. Le cœur artériel est alors tout à fait comparable au cœur rhumatisant, et il ressortit aux mêmes indications. On trouvera même accord en ce qui concerne le régime lacté, car, plus encore que dans les affections valvulaires, ce régime trouve ici ses indications, multiples et formelles ; c'est, entre autres, la nécessité de prévenir ou de combattre les accidents toxiques, résultat presque fatal de la sclérose rénale et de l'absence de dépuration urinaire. Aussi, l'utilité du lait doit-elle dominer presque toute la thérapeutique de l'artério-sclérose, et parfois elle s'affirme par de véritables résurrections. On discutera davantage sur l'opportunité des méthodes dites d'entraînement et de réduction (méthode de Œrtel), si préconisées en Allemagne. En réalité, l'application de ces méthodes est parfaitement contre-indiquée chez une catégorie de malades que l'on doit mettre à l'abri de toute cause capable d'exagérer la tension artérielle et il y aurait véritablement cas de conscience à la recommander.

Il y aurait encore bien d'autres considérations à développer sur cette grande question des cardiopathies artérielles, une des plus vastes de la pathologie médicale. Celles qui précèdent n'ont qu'un but, mettre les médecins en garde contre une confusion facile à commettre et malheureusement commise fréquemment dans la pratique. La lecture du très intéressant mémoire de M. Faure-Miller montre que la chose en vaut réellement la peine. P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Le choléra. — M. Grelot, secrétaire général de la préfecture de la Seine, a adressé aux maires des vingt arrondissements de Paris une circulaire dans laquelle il attire leur attention sur les retards qui se sont produits dans la constatation, par les médecins de l'état civil, des décès causés par la diarrhée cholériforme. Par le fait de ces retards, la mise en bière d'urgence, prescrite par les règlements, n'a pu être effectuée.

La circulaire de M. Grelot se termine comme suit :

« Pour éviter ce retard, et afin d'apporter la plus grande diligence dans la constatation de ces décès, je vous prie de vouloir bien donner des instructions formelles pour que tous les décès dus à une affection cholériforme, qui seront déclarés, à votre mairie, soient aussitôt notifiés avec la mention *très urgente* destinée à appeler l'attention du médecin de l'état civil de la circonscription où le décès a eu lieu.

Vous voudrez bien, de plus, inviter les médecins de l'état civil à procéder d'urgence à la constation du décès et à provoquer immédiatement la mise en bière d'urgence. »

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — Le Dr Lucas, président du conseil supérieur de la marine, est désigné pour remplacer le Dr Berenger-Féraud dans le Conseil supérieur de l'exposition permanente des colonies.

Par décrets, en date des 7 et 10 septembre 1893, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les Drs Bourgogne médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire, et Cornet, ancien médecin auxilaire de la marine.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 7 septembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les Drs Dagron, Labbé, Bellemain, Berbez, Nerincrd, Moity, Coriton, Nogué, Boulloche, Beaumé, de Bourgon, Malbec, Dimey, Raynaud, Richard et Froelich.

Par décret, en date du 12 septembre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Planès, Fontamille, Coculet, Pissot, Bourdon, Stécewiez, Verlet, Toussaint, Prenant, Loriot, Frissard, Saint-Remy, Legrain, Paterne, Larauza et Durruty.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Klobb.

— Par décret, en date du 7 septembre 1892, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les Drs Élicacheff, Allard, Grosfilley, Joffrion, Debangle, Minjard et Sallard.

Association générale des médecins de France. — Par décret en date du 3 juin 1892, l'Association générale des médecins de France, à Paris, est autorisée à accepter le legs de la somme de 25.000 francs qui lui a été fait par le sieur Maugin (Auguste-Paul), suivant son testament olographe du 1er janvier 1890.

Le produit de ce legs sera, après l'extinction de l'usufruit antérieurement constitué, placé en rente 3 0/0 sur l'État, dont l'inscription sera immatriculée au nom de ladite société.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHIARI. — Sur les résultats des traitements de l'antre d'Higmore. Paris, Masson, éd., 1892.

FERRIER. — De la greffe des seins par restitution, Paris, 1892.

JULLIEN. — Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires, Paris, 1892.

JULLIEN. — Recherches expérimentales sur le chancre mou, Paris, Masson, édit., 1892.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 12 AU 18 SEPTEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 1. — Rougeole, 9. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 15. — Affections cholériformes, 136. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 10. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 20. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 14. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë et chronique, 29. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 147. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 27. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 9. — Total : 991.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GENERALE

LE CHOLÉRA PARISIEN ET SUBURBAIN DE 1892
MARCHE ET ÉTIOLOGIE

Par H. Barbier

Depuis le mois d'avril de cette année, il sévit dans la banlieue de Paris une épidémie dite *de diarrhées cholériformes* qui a fait jusqu'à ce jour un nombre assez considérable de victimes. Après s'être cantonnée dans la banlieue uniquement, cette épidémie a envahi Paris, frappant de préférence les arrondissements du nord et du nord-ouest de la ville.

Si on prend en considération seulement la marche peu envahissante du mal, surtout si on la compare aux ravages exercés en ce moment en Russie et à Hambourg par le choléra d'importation, venu de l'Inde par l'Afghanistan et par la Perse, on ne s'arrêtera pas à l'hypothèse de l'existence dans la banlieue et à Paris du fléau indien. Mais si on étudie les cas particuliers, si on compare à la morbidité, la mortalité qui a frappé les malades, et qui a atteint à un certain moment 90 p. 100; si enfin on s'en rapporte aux examens bactériologiques qui ont démontré, dans un certain nombre de cas, l'existence non douteuse du bacille virgule décrit par Koch comme caractéristique du choléra indien, on devra reconnaître que ces « diarrhées cholériformes », selon l'étiquette officielle, sont bien du choléra asiatique.

On se trouve donc en présence d'un choléra qui se montre très sévère dans ses manifestations isolées, mais qui a perdu la puissance d'expansion qui caractérise le choléra asiatique d'importation. S'agit-il d'une épidémie apportée des pays contaminés par un voyageur resté introuvable, ou au contraire avons-nous affaire à une maladie autochtone, acclimatée, avec laquelle nous devrions compter désormais?

L'étude de la marche de l'épidémie, la connaissance des conditions étiologiques au milieu desquelles elle s'est montrée, semblent plaider en faveur de l'origine autochtone du fléau.

I

L'épidémie a commencé au commencement d'avril au Dépôt de Nanterre. En quinze jours il y eut 51 cas dont 48 furent mortels. Notons comme conditions climatériques à cette époque, une température anormalement élevée pour ce mois (26°).

Les conditions mauvaises dans lesquelles vivent les 4.000 détenus du Dépôt de Nanterre, leur situation misérable, peuvent à la rigueur être invoquées. Mais nous savons aujourd'hui que ce ne sont là que des causes prédisposantes. D'ailleurs, l'apparition presque simultanée d'accidents semblables dans les communes de la banlieue ouest de Paris vint bientôt démontrer qu'il s'agissait bien réellement d'une épidémie. Asnières, Saint-Denis, Aubervilliers, Puteaux, Courbevoie, etc., enregistrèrent chaque jour des décès, qui, comme au dépôt de mendicité de Nanterre, étaient en proportion très élevée par rapport au nombre des malades. Du 6 avril au 24 juillet, la statistique enregistra 441 décès. Aubervilliers en fournit pour son compte 85, Saint-Denis 42, Saint-Ouen 36.

Dès le commencement de juillet quelques cas semblables se montraient également à Paris, toujours avec les mêmes caractères : faible extension, mortalité élevée, cas foudroyants nombreux. Du 17 juillet au 6 août on enregistrait 52 décès, par affections cholériformes, d'habitants de Paris.

A la fin d'août et au commencement de septembre surtout, à la suite de chaleurs excessives, il y eut une recrudescence notable, et l'on compte près de 80 cas par jour à Paris avec 50 ou 60 décès, tandis que la banlieue donnait environ 25 à 30 cas et 15 à 20 décès.

Ces diarrhées devaient-elles être attribués à ces diarrhées saisonnières d'août et septembre dont parle Sydenham, et qu'on a décrit sous le nom de choléra nostras, ou bien au contraire s'agissait il vraiment de diarrhées cholériques, du véritable choléra indien? On sait aujourd'hui que le tableau du choléra peut être réalisé par un certain nombre d'infections ou d'intoxications.

Au premier rang de ces agents infectieux se place le bacille qui a été découvert par Koch lors du choléra d'Egypte et de l'Inde, et qu'il a appelé en raison de sa forme en arc de cercle ou en spirille : *Kommabacillus*, Bacille virgule. Cet organisme est bien le microbe du choléra envahissant, contagieux, d'origine indienne. On le trouve en grande abondance dans les selles, et aussi quoiqu'en moindre quantité dans les vomissements des malades. Il est aérobie et anaérobie. C'est sous cette dernière forme qu'il existe dans l'intestin, jouissant alors de son maximum de virulence, mais très sensible aux solutions

acides qui le tuent rapidement. Son action s'exerce par l'intermédiaire d'un poison qu'il sécrète, ou qui paraît une émanation directe des corps bacillaires eux-mêmes qu'on a comparés à des noyaux (Gamaleia).

A côté, se place comme importance dans nos climats le *bacterium coli commune* dont l'action cholérigène a été démontrée par Hueppe dans le choléra nostras, et dont on a rapporté depuis plusieurs observations (Gilbert, Chantemesse, Cuffer). Cette action cholérique attribuée au *bacterium coli commune* serait la propriété seulement des espèces ultra-virulentes.

Il faut ajouter aux précédents le bacille décrit par Emmerich lors du choléra de Naples en 1884, qu'on tend à rattacher au *bacterium coli commune*; celui décrit par Finkler et Prior, et qui a de grandes analogies avec le bacille de Koch; un certain nombre de microbes doués d'un pouvoir cholérigène transitoire ou permanent : le bacillus subtilis (Hueppe); un bacille liquéfiant (Gilbert); un bacille pseudo-tuberculeux (Hayem); un bacille encapsulé ressemblant beaucoup au bacille de Friedlander; un streptocoque très analogue au streptocoque pyogène (Netter).

Ainsi qu'on le voit par l'exposé rapide et sommaire qui précède bon nombre d'agents virulents peuvent jouir d'une façon permanente ou accidentelle de propriétés cholérigènes.

Or dans le choléra suburbain et parisien, à quelle infection avait-on affaire.

Les examens bactériologiques qui ont été faits par MM. Netter, Roux, etc., ne laissent aucun doute : il s'agissait du bacille indien, un peu modifié peut-être dans sa forme, et ne présentant par la morphologie exacte d'échantillons provenant de l'Inde et de l'Egypte (1). Mais on sait qu'aux Indes mêmes ce bacille se présente parfois avec des caractères si dissemblables que M. Cunningham a pu en décrire jusqu'à dix espèces au congrès médical de Londres en 1891.

Il s'agissait donc dans le cas actuel du choléra asiatique, car on retrouvait dans les selles le bacille de Koch. D'où venait-il, puisque avec nos idées actuelles ce choléra était toujours regardé comme un choléra d'importation, et que les accidents semblables survenant au dehors de toute paudémie importée étaient considérés jusqu'ici comme des cas de choléra sporadique ou nostras.

Si l'on cherche la fissure par où l'importation a pu se faire, on ne trouve aucun malade ayant pu contaminer la banlieue de Paris, le rapport de M. Proust au Conseil d'hygiène est des plus catégoriques à ce sujet. A cette époque, l'épidémie ne sévissait pas encore en Russie, et aucun voyageur venant d'Asie, des provinces alors contaminées, n'a pu importer la maladie.

C'était donc bien un choléra asiatique né sur place, dont l'agent pathogène, reliquat des épidémies antérieures, avait subi une reviviscence particulière sous l'influence de conditions climatériques encore peu connues, mais au premier rang desquelles il faut certainement ranger les chaleurs excessives et humides de l'été de 1892.

Des exemples de semblable reviviscence ne semblent pas d'ailleurs une rareté. Le choléra a sévi de cette façon deux fois dans la province de Valence : en 1859 et en 1860, trois ans après la grande épidémie de 1856, et alors qu'il n'existait en Europe aucun courant de choléra asiatique (Hauser).

En 1890, la même éclosion se produit. C'est dans un petit village situé loin de la mer — Puebla de Rugat — que le choléra débuta d'abord (1) pour s'étendre et rayonner autour de ce foyer primitif. Or, à ce moment l'état sanitaire de l'Europe était bon, il n'y avait pas eu d'importation dans le village frappé, il n'y avait pas eu de choléra en Espagne depuis 1885. Cependant on constata dans les selles la présence du bacille virgule, on était donc bien en présence du choléra asiatique.

En Allemagne, on releva en 1886 une petite épidémie qui sévit dans deux petits villages près de Mayence en septembre et octobre. Pendant ces deux mois il y eut 19 cas et 14 décès. La maladie resta cantonnée à son foyer d'origine, et cependant dans les déjections Hueppe et Gaffky purent démontrer la présence du bacille de Koch. Là encore on ne pouvait songer à l'importation.

L'épidémie qui sévit à Toulon dans ces dernières années semble bien aussi devoir être rattachée à la même origine, car on chercha longtemps le fameux cas d'importation qui aurait été le point de départ de la maladie. Il en fut de même du choléra qui sévit en Bretagne et dont M. Monod nous a conservé l'intéressante relation.

Pour en revenir à l'épidémie actuelle, il semble donc démontré qu'on s'est trouvé en présence d'une éclosion spontanée du choléra asiatique. Mais cette étiologie soulève une question intéressante, comment s'est faite l'infection, où et comment les germes se sont-ils conservés?

II

On admet deux modes d'infection du choléra : l'un se fait *par l'intermédiaire des eaux d'alimentation contenant le bacille*, l'autre *a une origine atmosphérique*, et les poussières chargées de germes infectieux pénètrent dans la bouche des malades et les infectent.

Je laisse de côté, bien entendu, comme ne rentrant pas dans le cadre de cette revue les cas de contagion directe ou indirecte par contact avec le malade ou avec ses déjections, ou avec des linges souillés, etc.

L'origine atmosphérique est certainement celle qui est le moins à redouter, surtout si on admet que la dessication est le meilleur moyen de destruction des microbes (Flugge) (2), opinion qui a été contestée (Guyon) (3). Cependant elle paraît pouvoir se faire par la pulvérisation de gouttelettes d'eau contaminée, sur le bord de la mer, par exemple, par le choc des vagues, ou le long des cours d'eau : travaux hydrauliques, arrosage des bateaux, blanchisseuses. Ce mode de contamination doit être rare. Il n'en est pas de même de l'arrosage abondant des rues des grandes villes où la circulation est très active et où les causes d'éclaboussures sont nombreuses : arrosage fait avec l'eau de rivière contaminée.

Mais le choléra se propage surtout par l'intermédiaire de l'eau d'alimentation. Dans les fontaines ou dans les eaux de source le bacille cholérique n'existe pas, ou moins dans nos climats ; ou bien s'il y a une contamination accidentelle il

(1) Voyez *Soc. méd. des hôpitaux*, juillet 1892.

(1) Voyez la *Gazette médicale de Paris* 1890 où la marche de 2 choléra est indiquée.
(2) *Les microorganismes*, traduction de M. Henrijean, Bruxelles.
(3) *Archives de médecine expérimentale*, 1892.

n'y a pas dans ces eaux une pullulation des bacilles, et leur présence ne se manifeste que dans un temps relativement court.

Mais il n'en est pas de même de l'eau stagnante, de l'eau des puits et des étangs, de l'eau des fleuves à cours très lents et qui sont contaminés au maximum par des eaux d'égout. Dans un étang de l'Inde, dont l'eau servait à tous les usages : bains, lavage du linge sale, cabinets d'aisance, enfin boisson, Koch a pu déceler une quantité innombrable de bacilles cholériques ; ce qui donnait la clef d'une épidémie qui sévissait parmi les riverains.

L'influence de l'eau d'alimentation sur le développement du choléra est une des conditions étiologiques les plus certaines de son éclosion. Si l'on distribue à une ville ou à des groupement humains de l'eau contaminée par les déjections de cette ville ou d'autres groupements humains dans lesquels le choléra sévit ou a sévi, la maladie apparaît. Nous allons voir que cette condition a été réalisée par la distribution aux communes atteintes sous Paris, d'une eau qui ressemblait plus à une dissolution de matières fécales qu'à un breuvage potable. Mais elle n'a pas été la seule.

Un certain nombre de communes ne buvaient pas de cette eau infecte, nauséabonde, trouble, jaune brunâtre, elles recevaient soit de l'eau de la Marne ou de l'Oise, soit de l'eau de la Seine prise en amont du grand collecteur de Clichy. Bien que dans un certain nombre de ces communes les premiers cas de choléra ne se sont montrés qu'après la substitution à l'eau médiocre de la Marne et de la Seine au-dessus du grand collecteur (ces eaux sont loin d'ailleurs d'être pures, la Marne, la Seine avant Paris reçoivent un nombre considérable d'égouts ou de résidus industriels), de l'eau de la Seine prise, par un choix judicieux du service des eaux, au-dessous même du grand collecteur (voyez le rapport de M. Proust au Conseil d'hygiène), cependant on peut admettre qu'une autre influence épidémique a présidé également au développement du choléra.

Cette influence proviendrait de l'existence dans la presqu'île de Gennevilliers, dans les champs dits d'épuration, d'un foyer endémique de choléra. Les germes des épidémies antérieures envoyés par le tout à l'égout dans les champs d'épandage ont infecté le sol, et sous certaines influences climatériques, leur virulence ayant reparu, les conditions d'une épidémie autochtone se sont trouvées réalisé

Pour que pareille situation se soit développée, il faut admettre nécessairement que depuis la dernière épidémie de 1882, les germes cholériques se sont conservés dans le sol de ces fameux champ d'épuration. Or Koch avait admis deux conditions de destruction du bacille cholérique : l'influence de la dessication, l'action des microbes saprophytes.

La dessication, semble-t-il, n'est véritablement microbicide que si elle s'effectue dans une atmosphère sèche, réalisée par exemple par l'exsiccateur dans les expériences de laboratoire (Guyon, l. c.). Dans une atmosphère humide au contraire la dessication conserve les germes cholériques : en réalité, ce n'est pas de la dessication qu'il s'agit, mais de l'*oxygénation*, grand destructeur des germes, rendue impossible dans une atmosphère sèche (ibid).

On peut donc penser qui si la pullulation des germes cholériques dans une eau de source ou de fontaine est rendue improbable, quand l'eau est de bonne qualité, cela tient à la teneur de cette eau en oxygène, et probablement aussi à son faible coefficient en matières organiques pouvant fournir des matériaux de culture au microbe. Que si, au contraire, il s'agit d'une eau de fleuve souillée par un débit énorme d'eaux d'égouts, le microbe, trouvant dans ce milieu les conditions inverses de vie, peut s'y développer et s'y maintenir à l'état vivant. Telle est la constitution de l'eau de Seine prise en aval des collecteurs, dont l'extrait sec par litre atteint 0 gr. 45, avec 0,0384 de matières organiques, et 0,004,576 seulement d'oxygène (1).

Mais si ces conditions créées par l'infection hors de toute proportion de la Seine, expliquent l'origine hydrique de certains cas par absorption d'eau de Seine, il en est d'autres de ceux-ci qui n'ont pas la même genèse, puisque les malades n'ont pas bu ou sont censé n'avoir pas bu de cette décoction d'eau d'égout et de matières fécales : et comme nous le disions tout à l'heure, l'existence d'un foyer endémique créé dans la presqu'île de Gennevilliers par les irrigations de l'eau d'égout, est probable (Daremberg, l. c.).

Le microbe cholérique peut-il se conserver dans le sol, et s'il le fait, dans quelles conditions? On ne connaissait pas la réponse à cette question avant les travaux de Hueppe, de Wood et de Lustig.

Dans l'intestin, le bacille cholérique vit à l'état d'anaérobie ; dans cette condition, il est extrêmement virulent, mais aussi très sensible aux causes de destruction et en particulier à l'action des liqueurs acides. En dehors de l'intestin, il devient aérobie, sa virulence s'atténue, mais sa résistance aux agents destructeurs, et en particulier aux saprophytes devient considérable : il lutte avec avantage contre ces deux causes principales de destruction ; sa résistance s'accroît encore par la formation de « zooglées arthrospores » (Hueppe).

L'existence du bacille cholérique et sa conservation dans le sol ne suffisent pas à elles seules pour qu'une épidémie d'origine miasmatique soit constituée ; il faut que des conditions météorologiques particulières facilitent sa prolifération et son expansion. Abstraction faite bien entendu de la réceptivité individuelle, et de l'immunité plus ou moins grande des populations, immunité due à des attaques antérieures de choléra plus ou moins éloignées ; questions qui sont en dehors du sujet que nous nous sommes tracé.

La couche superficielle du sol joue en effet un rôle important, influencée qu'elle est par deux conditions qui sont elles-mêmes sous la dépendance l'une de l'autre : *la sécheresse*, c'est-à-dire les conditions météorologiques qui l'amènent, et le *niveau des eaux souterraines*.

On admet que les conditions favorables de l'éclosion du choléra sont réalisées lorsqu'il existe à la surface du sol une zone desséchée (*Austroknungzone*) qui retient à la surface du sol les eaux contaminées par les déjections, et met par conséquent le bacille en état de vivre de sa vie aérobie. C'est dans ce sens également qu'agit l'abaissement du niveau des eaux souterraines signalé par Pettenkofer. Que si au contraire cette zone n'existe pas, les bacilles en pré-

(1) Ces chiffres sont empruntés à l'ouvrage de M. Daremberg: *Le choléra, ses causes*, chez Rueff. On peut comparer ces chiffres avec ceux fournis par l'eau de la Vanne au réservoir de Montsouris : matières organiques, 0,0026 et oxygène 0,011.

sence de l'humidité, ou s'oxydent et meurent : ou bien en présence d'un excès d'humidité et d'absence d'air, ne trouvant plus les conditions de leur vie aérobie, ils deviennent la proie des saprophytes. Dans l'un et l'autre cas c'est la disparition des germes.

Un terrain peu humide, infiltré par l'air sont donc les conditions par excellence qui créent l'imminence d'une explosion cholérique.

Ces conditions ont pu se réaliser pendant l'été exceptionnellement chaud que nous venons de traverser ; quant à l'infection du terrain, le tout à l'égout, se chargeant de distribuer les germes partout où se trouvent des champs d'épandage, est là pour le réaliser.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur l'infection de la Seine et de ses rives. Les descriptions de M. Proust dans son traité d'hygiène, celles plus récentes que nous a données M. Daremberg (1) prouvent que la Seine n'est plus audessous de Paris qu'un dépotoir, renfermant près d'un tiers d'eau d'égout par litre, proportion qui est encore augmentée dans les temps d'orage. A ce moment la vie n'est plus possible pour les poissons du fleuve, et les riverains ces temps derniers ont pu assister à la mort en masse de tous ceux-ci. Quant à la presqu'île de Gennevilliers, son sol sursaturé de matières organiques n'est plus qu'un réceptacle à microbes.

Il est donc probable, ainsi que M. Daremberg le soutient avec des arguments sérieux, qu'il existe aux environs de Paris, au niveau de la boucle de la Seine, un foyer d'endémicité du choléra, et que ce choléra est bien le choléra asiatique importé : les microbes provenant de l'épandage des eaux d'égout et du tout à l'égout.

D'ailleurs, si l'on consulte depuis quelques années les rapports sanitaires de la banlieue ouest de Paris, on constate tous les ans l'existence de cas de choléra, frappant de préférence les enfants.

L'épidémie que M. Fernet a signalée en 1889 à la Société des hôpitaux, si peu grave qu'elle a été dans l'espèce, a aussi une importance épidémiologique considérable, le choléra est installé en permanence à nos portes. Si donc, comme il est probable, l'éclosion des épidémies cholériques suit en France la même périodicité qu'aux Indes, nous sommes menacés tous les huit ou dix ans d'une épidémie que les circonstances rendront plus ou moins sérieuse.

Un seul point peut nous rassurer à ce sujet, c'est que, d'après la communication de M. Hauser au Congrès de Londres en 1891, ces bacilles qui reprennent ainsi leurs propriétés virulentes, semblent les épuiser sur un seul individu et n'offrent pas la puissance d'expansion et de reproduction que possède le bacille d'importation récente. Malgré cela le danger n'en est pas moins grand et la question de nature à préoccuper les hygiénistes.

(1) Daremberg, *loc. cit.*

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

SUR LES PRODUITS DE LA VIE RÉSIDUELLE DES TISSUS, EN PARTICULIER DU TISSU MUSCULAIRE SÉPARÉ DE L'ÊTRE VIVANT,

Par MM. ARM. GAUTIER et L. LANDI (1)

IV. Séparé de l'être qui l'a produit, et mis à l'abri des microbes, chaque tissu, et particulièrement le tissu musculaire que nous avons surtout examiné, continue à vivre, à désassimiler, à sécréter même, vers 20°, une importante quantité d'une liqueur albumineuse qui ne préexistait pas dans les cellules du muscle et qui contient, comme on le verra, divers principes nouveaux formés dans la fibre contractile souvent longtemps après qu'elle a été retranchée de l'être vivant.

Nous avons donné (p. 1052) le tableau comparatif de la composition d'une même viande fraîche et conservée à diverses températures : il permet de se rendre compte de la variation de chaque principe immédiat. Il nous reste maintenant à tirer les déductions qui résultent de ces constatations expérimentales.

a. Acidité. — La viande fraîche, refroidie aussitôt retranchée à l'animal, et laissée même plusieurs heures dans la glace, se conserve neutre ou très légèrement alcaline. Mais, comme on le sait, dès qu'elle se réchauffe, elle s'acidifie un peu et cela à l'abri de toute altération due aux ferments extérieurs. De neutre au début de nos expériences, elle est arrivée à saturer, par 100 grammes, 0 gr. 112 de soude (NaOH) après avoir été conservée quatre-vingt-treize jours de + 2° à + 25°. Elle a saturé 0 gr. 527 de soude après être restée onze jours à l'étuve à 38°-40°. L'acidité se produit donc et augmente dans la viande à mesure que croît la température, sans dépasser les limites de celle qui est propre à l'animal. En fait cette acidité, exprimée en soude NaOH, ne dépasse pas sensiblement 0 gr. 5 p. 100 de viande.

On remarquera que cette acidification ne saurait être attribuée, comme on le fait d'ordinaire, à la production d'acide lactique. Nous n'avons pu trouver, en effet, dans 100 gr. de viande conservée plus de 0 gr. 001 d'acide lactique libre ou combiné. Il faut donc qu'il se forme, même à l'abri de l'air, même avec départ d'acide carbonique, des substances aptes à saturer les bases minérales ou organiques de la viande.

Cette acidification du muscle est, d'après nos expériences, attribuable à trois causes. D'une part, il se fait une petite quantité d'acide gras volatils, butyrique et acétique, dont nous avons constaté la présence dans la viande conservée, et dont la production est corrélative surtout de la disparition d'une partie des substances solubles à la fois dans l'éther et dans l'eau (*lécithines, protagon*). On sait, en effet, que ces substances se dédoublent avec la plus grande facilité en névrine, acide phosphorique et glycérophosphorique et acides gras.

D'autre part, sous l'influence de ses ferments propres, la viande subit un commencement de peptonisation de ses albuminoïdes ; on sait que les peptones se rencontrent en petite quantité dans la viande conservée, et l'un de nous a

(1) Académie des sciences, séance du 7 juin 1892.

montré que ces substances saturent une quantité d'alcali double au moins de celle que saturait le poids d'albuminoïde correspondant. L'acidité des peptones est d'ailleurs assez grande pour déplacer l'acide carbonique des carbonates terreux et s'emparer de leurs bases.

Enfin nous verrons qu'il se fait un peu de nucléine dans la viande conservée et celle-ci est aussi acide.

En somme, l'acidification de la viande conservée est due en partie à la formation de phosphate acide de potasse sous l'influence des acides gras qui se produisent, mais surtout à sa peptonisation partielle.

b. Eau. — L'eau ne paraît pas varier dans la viande conservée. On pourrait même, d'après nos chiffres bruts, admettre qu'elle augmente légèrement (augment de 0 gr. 397 en moyenne p. 100 de viande). Mais il faut remarquer qu'on a compté comme eau toutes les parties volatiles à 105°. Or, nous verrons qu'il se fait un peu d'alcool, d'acide gras, quelques gaz, ce qui, avec les légères erreurs possibles, peut expliquer cette augmentation de 0e,397.

Dans tous les cas, l'eau protoplasmique *ne disparaît pas* dans la viande conservée, ce qui éloigne complètement le mode chimique de fonctionnement de ce tissu du type des modifications que lui impriment les ferments bactériens ou putréfactifs qui, on le sait, transportant l'eau sur les albuminoïdes, l'y fixent par hydratation en formant des amides, et séparant de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, de l'hydrogène sulfuré. On verra que l'ammoniaque ne se produit pas en quantité sensible dans nos viandes, que l'acide carbonique dégagé est minime, qu'il ne s'y produit ni indol ni scatol, que l'hydrogène sulfuré est nul ; enfin, qu'on n'y trouve pas d'urée.

La désassimilation qui se passe dans les cellules du muscle, fonctionnant isolément et à l'abri de l'oxygène, n'est donc pas chimiquement comparable à la vie anaérobie des cellules bactériennes. Celle-ci procède par hydratation, l'autre par dédoublements, sans intervention sensible de l'eau et sous l'influence des ferments solubles que contient le tissu musculaire.

c. Matières albuminoïdes. — Il faut considérer séparément : 1° les *albuminoïdes solubles*, 2° la *myoglobuline* ou *myosine insoluble*.

Les *albuminoïdes solubles* ou *myoalbumines* de la viande fraîche s'élevaient à 3 gr. 453 p. 100. Après quatre-vingt-treize jours de fermentation spontanée de + 2° à + 25°, ils ont été réduits à 1 gr. 537. Après trente-quatre jours de + 2° à + 40°, ils sont tombés à 1 gr. 465. La myoalbumine disparaît donc dans la proportion moyenne de 56 p. 100. Cette disparition est facile à expliquer. Nous savons, en effet, qu'une faible quantité d'albumine se peptonise, et nous allons voir, d'autre part, qu'une portion très sensible de la myoalbumine s'est changée en une substance protéique nouvelle.

Nous avons dit que la viande abandonnée à elle-même excrète dès qu'on la laisse arriver à 15° ou 20°, et surtout de + 20° à + 35°, une liqueur épaisse, qui n'y préexistait pas durant la vie, et qui ne tarde pas à se coaguler en déposant des flocons d'une matière que l'on peut séparer elle-même en deux parts : l'une est soluble dans les acides les plus faibles, les carbonates alcalins dilués, l'eau de chaux ; sa solution dans le carbonate sodique étendu précipite par le sulfate de magnésie. Elle est insoluble dans les solutions de sel marin au dixième. Cette substance *présente en un mot tous les caractères de la caséine du lait.*

A côté de cette matière spontanément précipitée du plasma exsudé, il en est une autre insoluble comme elle dans les solutions au dixième de chlorures alcalins, soluble dans les alcalis faibles et leurs carbonates un peu plus concentrés, mais insoluble dans les phosphates alcalins. Par digestion elle laisse une notable proportion de nucléine. C'est une *nucléoalbuminé.*

Ainsi le muscle conservé à l'abri de l'air et de ses germes fabrique et excrète vers 20° deux substances qu'on n'a jamais rencontrées ou qu'à l'état de traces douteuses, du moins la première, dans le muscle frais, mais que l'on trouve dans le lait de mammifères, la *caséine* et la *nucléoalbumine*. La production de ces principes, 0 gr. 483 p. 100 de viande, est abondante. Proportionnellement à leur formation il disparaît 33 p. 100 de myoalbumine.

On sait que P. Bert et de Sinety ont démontré que la glande mammaire ne fabrique pas elle-même le sucre de lait, et que, après la parturition, les femelles privées de leurs mamelles continuent à produire ce sucre. Où se forme-t-il? Est-ce dans le sang, dans le foie, dans les muscles? N'est-il pas très remarquable de voir dans nos expériences d'autres matières caséiniques, se produire dans le muscle qui n'en contenait pas, et se produire aux dépens de ses albuminoïdes solubles et sons l'influence des ferments propres à ce tissu? Ceux-ci augmenteraient-ils sous l'influence de la grossesse et de la lactation ; la mamelle serait-elle le lieu de leur formation chez la femelle qui nourrit, et la caséine du lait aurait-elle, même dans ce cas, la myoalbumine pour origine?

Les *myoglobulines*, auxquelles il faut joindre le *tissu* enrayés, si la circulation ou la respiration languissent, ces mêmes bases toxiques s'accumuleront dans nos tissus, comme dans nos expériences sur la viande conservée. On sait qu'en effet, la chair des animaux surmenés, fiévreux, etc., est malsaine et riche en leucomaïnes.

La viande fraîche contenait 0 gr. 122 de composés xanthiques ; ces bases ont presque disparu dans la viande conservée. Il en est de même de la créatine dont nous n'avons trouvé que des traces et qui ne s'est pas changée en créatinine elle-même reconnue absente. Au contraire, les bases que ne précipite pas le chlorure mercurique étaient trois fois plus abondantes dans la viande conservée que dans la fraîche.

Les leucomaïnes qui ont principalement augmenté de poids sont donc celles du *Groupe C* (p. 1137), à l'exclusion de la créatine. Les bases du *Groupe B* précipitables par le chlorure mercurique, mais non par l'acétate de cuivre (névrine, choline, bases hydropyridiques et pyrroliques, etc.), augmentent aussi très sensiblement dans la viande conservée.

Nous verrons plus loin quelle est l'action physiologique et toxique de ces divers alcaloïdes.

e. Matières gélatinisables ; peptones ; corps extractifs. — Ces matières s'élevaient à 3 gr. 21 p. 100 de viande fraîche. On sait que ce poids de viande donne généralement par coction 2 gr. de gélatine et peptone. Tous les autres principes ayant été déterminés et caractérisés dans nos analyses, on voit qu'il ne reste plus que 1 gr. 2 p. 100 attribuable aux matières inconnues. Encore parmi celles-ci se trouvent des

acides hydropyridiques et glucoprotéiques qui sont, comme on sait par les études de M. Schützenberger, en relations étroites avec les acides carbopyrroliques et carbohydropyrroliques qui, en perdant CO^2, se changent eux-mêmes facilement en corps basiques.

Nos analyses montrent que le groupe de ces corps n'a pas sensiblement varié de poids (3, 17 dans la viande conservée, au lieu de 3,21). Cette invariabilité des collagènes peut être rapprochée de la non-variabilité de la myoglobuline insoluble comme elles.

f. Graisses et autres corps solubles dans l'éther. — Voici un résultat inattendu ; l'ensemble des graisses et des autres corps solubles dans l'éther, loin d'augmenter dans la viande qu'on garde à l'abri des germes et de l'air, diminue au contraire légèrement, et cela proportionnellement à l'augment de température. De 6 gr. 448 p. 100 de viande fraîche, les graisses se sont réduites à 6 gr. 319 dans la viande conservée à + 25°, et à 6 gr. 110 dans celle qui est restée onze jours à 38°-40°. Ces différences sont faibles il est vrai, mais ces nombres, faciles à contrôler, démontrent *collagène* de la viande, en forment la partie organique principale : 15 gr. 741 p. 100 dans notre viande fraîche. Leurs poids est resté, en moyenne, de 15 gr. 662 après que cette viande a été conservée et réchauffée. Les albuminoïdes insolubles, peut-être en raison même de cette insolubilité qui les fait échapper plus facilement à l'action des ferments solubles, ne paraissent donc pas varier dans la viande ; d'où il suit que les matières caséiniques proviennent bien des albuminoïdes solubles, qui disparaissent en effet proportionnellement.

Si l'on fait la somme des matières albuminoïdes totales trouvées dans chacun des lots de viande fraîche et conservée, on arrive aux résultats centésimaux suivants :

	Viande fraîche.	Viande conservée de + 2° à + 25°.	Viande conservée de + 2° à + 40°.
Myoalbumine	3.453	1.537	1.465
Caséine et nucléoalbumine	0.000	0.248	0.483
Myoglobuline	15.741	15.779	15.545
Total	19.194	17.564	17.493

En moyenne, il a donc disparu 1 gr. 666 de matières albuminoïdes par 100 gr. de viande fraîche, soit près de 9 p. 100. Ces substances se sont changées presque poids pour poids en corps basiques, ainsi que nous allons le montrer.

d. Leucomaïne de la viande fraîche ou conservée. — Les corps basiques de toute sorte, avec des traces de peptones à légère tendance basique, enlevées par l'eau bouillante à la viande fraîche, pesaient 0 gr. 928 p. 100. Dans la même chair musculaire conservée jusqu'à + 25°, ces corps basiques se sont élevés à 1 gr. 989, et dans celle restée 11 jours à 38°-40°, leur poids est arrivé à atteindre 2 gr. 546 p. 100 de viande. Pour 1 gr. 666 d'albuminoïdes disparus, il s'est donc formé en moyenne 1 gr. 34 de substances basiques. On remarquera du reste que celles-ci se produisant aux dépens des albuminoïdes sans doute avec départ de CO^2, leur poids ne saurait être tout à fait égal à celui des albuminoïdes disparus.

Le muscle conservé qui continue à vivre et à désassimiler à l'abri de l'air et des ferments bactériens *s'enrichit donc très notablement en alcaloïdes, et, comme on le verra, dans les alcaloïdes mêmes qui se forment durant la vie normale*, en même temps qu'il s'appauvrit proportionnellement en albuminoïdes. C'est là l'un des résultats les plus importants de notre travail, et quoique nous eussions toujours pensé que l'apparition et l'accroissement des leucomaïnes dans nos tissus fût une des conséquences nécessaires de la vie cellulaire autonome de la vie sans air ou avec une quantité d'air insuffisante, la démonstration directe, expérimentale, de cette conception, n'avait pas encore été donnée.

Il suit de là que, si, durant la vie, les oxydations sont que les réactions qui se passent dans la viande à l'abri de l'air ne l'enrichissent certainement pas en graisses. Une faible portion des corps solubles dans l'éther disparaît même, et nous avons dit plus haut que les lécithines contribuent, en effet, en se dédoublant, à acidifier la viande.

La désassimilation des matières protéiques dans l'économie, ou même leur destruction par fermentations bactériennes, donne des graisses et des acides gras. Il est remarquable de voir ces substances tendre plutôt à disparaître dans nos viandes, comme si, dans l'économie, la production des corps gras, aux dépens des albuminoïdes, avaient besoin d'une petite quantité d'oxygène.

Dans une prochaine communication, nous examinerons comment varient dans les cellules du tissu musculaire, fonctionnant sans air, le glycogène, le sucre, les sels ammoniacaux et les gaz.

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DES ALBUMINURIES QUI NE SONT PAS D'ORIGINE RÉNALE (1)

Par M. le professeur BOUCHARD.

Dans la discussion qu'a motivée la communication de M. G. Sée, j'ai été heureux de voir notre collègue et, après lui, M. Dujardin-Beaumetz, apporter l'appui de leur expérience à quelques points de doctrine et de pratique à la démonstration desquels j'ai consacré quelque effort. Avec des variantes, l'idée de l'auto-intoxication et de la multiplicité des poisons qui s'accumulent quand le rein est malade s'affirme de plus en plus. Chaque jour, la clinique nous offre ou nous donne la preuve de la vérité de cette doctrine. Si vous injectez à l'animal l'urine du malade urémique, cette urine a perdu une part de sa toxicité ; elle peut être moins toxique que l'eau distillée. Les poisons n'ont pas traversé les reins qui laissent encore passer l'eau ; ils restent dans l'organisme, où chacun d'eux produit les signes spéciaux propres à l'intoxication qu'il produit. L'un d'eux provoque cette contraction pupillaire, signe que vous pouvez constater chaque jour, dans la période actuelle, chez nos cholériques dans la période d'anurie.

Le traitement pathogénique cherche à arrêter à sa source chacune des catégories de ces poisons ; il cherche à les détruire, il cherche à leur trouver d'autres voies d'élimination ; il s'efforce de leur opposer des antidotes.

Au nombre des moyens usités, le lait est l'un des plus

(1) Académie de médecine, 13 septembre 1892.

précieux pour beaucoup de raisons que j'ai indiquées ailleurs et surtout peut-être parce qu'il est un aliment insuffisant. Car il ne faut pas croire que si 1 litre de lait est utile, 2 litres seront deux fois plus et 5 litres cinq fois plus utiles. Le lait donné en quantité modérée comme aliment exclusif, comme boisson exclusive, diminue la surcharge d'un organisme où l'émonction se fait mal et le malade bénéficie de la moindre introduction des liquides et de la moindre introduction des solides, surtout des aliments azotés. Mais ce bénéfice tient moins au lait qu'à l'insuffisance du régime. On obtient également de bons effets avec les œufs qui, dit-on, modifient moins avantageusement l'albuminurie; mais qu'importe! l'albuminuric n'est pas la maladie.

L'intensité de l'albuminurie renseigne sur l'étendue ou la profondeur de la lésion rénale; elle est un élément de diagnostic et de pronostic; mais elle n'est pas grave par elle-même. Si la néphrite augmente, l'albuminurie augmentera; mais si, par le régime, vous arrivez à faire passer plus d'albumine à travers le rein, le rein n'en sera ni plus enflammé ni plus imperméable. L'intensité de l'albuminurie est une indication de l'état morbide, elle n'est pas une cause d'aggravation de la maladie.

Si l'albuminurie est un symptôme mal famé, c'est parce que tout le monde sait qu'il est souvent l'avant-coureur d'accidents graves ou le signe de maladies de longue durée. L'urémie et la chronicité, c'est là ce qui fait considérer l'albuminurie comme une menace redoutable. Or, il s'en faut que toutes les albuminuries doivent ou puissent abontir à de tels résultats.

Toutes les albuminuries d'origine rénale n'exposent pas à l'urémie ou ne sont pas vouées à la chronicité; mais seules les albuminuries d'origine rénale sont permanentes ou peuvent amener la mort par auto-intoxication. En présence d'un malade atteint d'albuminurie, il est donc extrêmement important pour notre pronostic de déterminer si cette albuminurie est d'origine rénale; et, s'il est vrai que « l'avenir appartient à la thérapeutique pathogénique », cette détermination n'est pas moins importante pour le traitement.

Je n'ai pas l'intention d'indiquer les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître qu'une albuminurie est rénale; je me propose seulement de signaler quelques groupes pathogéniques auxquels on accorde une moindre attention, bien qu'on en puisse constater les exemples avec une grande fréquence. Dans ces cas, l'albuminurie n'est pas d'origine rénale, ou, pour parler plus rigonreusement, les albuminuries dont je parle dépendent d'un état morbide ou de troubles fonctionnels d'organes autres que le rein.

Qu'on admette ou non une albuminurie cutanée, il y a une albuminurie réflexe provoquée par l'excitation des nerfs cutanés. Je l'ai provoquée chez l'animal par l'application de compresses de chloroforme; je l'ai observée chez l'homme immédiatement après une friction térébenthinée. Lors des recherches poursuivies par M. Kerahdzian sur de nombreux malades traités pour la gale à l'hôpital Saint-Louis par la friction classique, j'ai reconnu que les urines, normales avant la friction, étaient albumineuses, dans la majorité des cas, après la friction, et renfermaient assez fréquemment des globules sanguins. Ce ne sont pas là des albuminuries d'origine toxique dues à l'absorption du médicament par la peau et comparables à celles que je produis en injectant du chloroforme sous la peau, même dans un membre énervé, ou que j'observe même chez l'homme à la suite des inhalations de chloroforme. La soudaineté de l'apparition de ces albuminuries et leur rapide disparition s'accommoderaient mal de cette interprétation. Je produis une semblable albuminurie par la faradisation du sciatique, par l'ouverture du péritoine; ce sont donc des albuminuries par excitation nerveuse. Ces données cliniques et expérimentales, ainsi que leur interprétation, ont été confirmées par les expériences faites ou inspirées par M. Capitan et auxquelles M. Sée a fait allusion. Mais ce sont là des albuminuries éminemment transitoires qui disparaissent avant tout traitement et qui ne sauraient prêter à un fâcheux pronostic.

On est porté à s'effrayer davantage d'autres albuminuries plus durables ou fréquemment récidivantes qui s'observent au cours des maladies chroniques, telles que la goutte, le diabète et, j'ajoute, l'obésité. Ce qui augmente les craintes, c'est que dans ces maladies, dans les deux premières au moins, on voit fréquemment survenir, dans les périodes avancées, des néphrites chroniques qui s'affranchissent en quelque sorte de leurs causes, qui s'individualisent, qui évoluent pour leur propre compte et qui, suivant les destinées des néphrites interstitielles, marchent presque sans répit vers une terminaison funeste. Quand chez un goutteux, chez un diabétique, on voit apparaître l'albuminurie, on croit généralement que c'est le début de la néphrite fatale. Il n'en est rien, le plus souvent, et il y a chez les goutteux, chez les diabétiques, chez les obèses, des albuminuries qui ne s'affranchissent pas de la maladie protopathique, qui s'associent au contraire à ses variations, qui diminuent ou disparaissent quand la maladie primitive s'améliore, qui sont fréquentes dans les périodes initiales de ces maladies ou dans les périodes d'exaspération, puis qui disparaissent pendant des années quand l'affection principale s'est affermie dans sa période d'état; qui n'ont pas la constance de l'albuminurie des néphrites et qui ne s'accompagnent pas des accidents cardiaques, hémorrhagiques, dyspnéiques, auto-toxiques qui forment le cortège symptomatique de l'albuminurie permanente, signe de la néphrite qui vient compliquer tardivement ces maladies.

Ainsi, dans les maladies que je rapporte au ralentissement de la nutrition, il y a, en dehors de la néphrite chronique, des albuminuries dont la relation avec une lésion rénale n'est pas établie, mais qui ne dépendent pas de la néphrite chronique, complication tardive de ces maladies, et qui dépendent étroitement soit de la goutte, soit du diabète, soit de l'obésité.

Ces albuminuries curables sont plus fréquentes que celles de la néphrite goutteuse ou de la néphrite diabétique. On se rendra compte de la valeur clinique de ce symptôme, si je dis que l'albuminurie, d'après mes statistiques, s'observe 26 fois sur 100 cas d'obésité, 58 fois sur 100 cas de goutte. Dans le diabète, la fréquence de l'albuminurie serait de 40 p. 100 d'après Garrod, de 11 p. 100 d'après Senator, de 10 p. 100 d'après Smoler, de 28 p. 100 d'après V. Dusch. Elle est de 33 p. 100 sur l'ensemble des faits que j'ai observés.

Il y a une autre variété pathogénique d'albuminurie qui se rencontre avec une extrême fréquence et souvent avec une intensité qui fait admettre à tort l'existence d'une maladie des reins, c'est l'albuminurie dyspeptique et plus

particulièrement l'albuminurie de cette dyspepsie qui accompagne la dilatation de l'estomac. La fréquence de cette albuminurie est de 21 p. 100. Ce ne sont parfois que des traces d'albumine, c'est quelquefois jusqu'à 4 grammes d'albumine par litre d'urine. Même dans ces cas d'extrême intensité, l'albuminurie dyspeptique ne s'accompagne pas de cylindres dans les dépôts et reste curable. J'ajoute qu'elle guérit presque tous les jours et que, nulle au réveil, elle reparaît avec les repas et avec l'exercice, suivant dans ses variations d'intensité les variations des autres accidents dyspeptiques. Quand la maladie de l'estomac guérit, l'albuminurie est définitivement guérie.

Un mot de ce que j'appelle l'albuminurie hépatique. En 1876, Murchison a écrit : « Il y a des raisons pour croire que l'albuminurie peut être produite par un trouble hépatique, en dehors de toute lésion organique du rein. » Je crois avoir apporté des arguments d'ordre expérimental et d'ordre clinique qui sont de nature à faire admettre la réalité de ces albuminuries hépatiques. A deux lapins j'injecte du lait dans les veines, à l'un par une veine de l'oreille, à l'autre par une branche de la veine porte. Le premier élimine de la caséine par ses urines; les urines du second ne contiennent pas de caséine mais renferment de l'albumine. Le foie peut donc élaborer certaines substances albuminoïdes, de telle sorte que l'albuminurie en résulte. Cette possibilité, la pathologie montre qu'elle est une réalité. J'ai dit que sur 100 malades atteints de dilatation gastrique on observe 21 fois l'albuminurie. On observe aussi 23 fois la congestion du foie. Or l'albuminurie est trois fois plus fréquente chez les dilatés à foie congestionné que chez les dilatés dont le foie est normal.

Un trait commun des maladies par ralentissement de la nutrition, c'est la fréquence de l'hypertrophie du foie; or sur 100 obèses avec foie normal, l'albuminurie s'observe 11 fois; sur 100 obèses avec gros foie, elle s'observe 68 fois; — sur 100 diabétiques avec foie normal, il y a 16 albuminuriques; sur 100 diabétiques avec gros foie, il y a 64 albuminuriques; — sur 100 goutteux avec foie normal, il y a 43 albuminuriques; sur 100 goutteux avec gros foie, il y a 100 albuminuriques.

Je voudrais dire un mot de l'albuminurie intermittente, si intéressante pour la clinique et aussi pour la physiologie pathologique; mais il n'y a pas une albuminurie intermittente. Toutes les albuminuries qui ne sont pas rénales sont intermittentes. Et encore! combien n'y a-t-il pas de néphrites dont, au début, l'albuminurie n'apparaît que d'une façon intermittente? Mais les albuminuries cardiaques sont intermittentes; les dyspeptiques le sont au plus haut degré. Intermittentes aussi les albuminuries des maladies par ralentissement de la nutrition. La plupart des albuminuries intermittentes s'observent chez des adolescents ou chez des enfants, surtout dans les périodes de croissance, en particulier quand la croissance s'effectue mal en raison d'un état morbide antécédent et surtout en raison d'un état dyspeptique. Quand l'enfant grandit rapidement, quand son tube digestif malade reçoit les aliments en trop faible quantité ou les élabore d'une façon insuffisante, les éléments nouveaux des tissus empruntent aux tissus préexistants quelques-uns de leurs éléments, l'os nouveau prend de son phosphore au système nerveux. Les éléments nouveaux sont mal formés, les éléments anciens sont détériorés. Tout souffre. L'albuminurie est l'un des symptômes de cet état pathologique complexe. Mais, si l'on y prend garde, on peut, le matin, constater un signe rassurant : l'albuminurie fait défaut; elle reparaît avec l'exercice musculaire et l'alimentation.

Il est bien évident que le traitement doit varier avec les conditions pathogéniques diverses de ces albuminuries; il est bien évident aussi que la thérapeutique et l'hygiène doivent viser non l'albuminurie, symptôme indifférent, mais la maladie du rein, ou celle du cœur, ou la goutte, ou le diabète, ou la dyspepsie. En un mot, il faut combattre non le symptôme, mais la condition pathogénique de ce symptôme.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

INOCULATION DE VACCINS ANTICHOLÉRIQUES A L'HOMME (1).

(Suite aux communications sur le choléra asiatique chez le cobaye, et sur le choléra asiatique chez le lapin et chez le pigeon.)

Par M. W.-M. Haffkine.

(Du laboratoire de Microbie technique de l'Institut Pasteur.)

Les expériences faites sur les cobayes, sur les lapins et sur les pigeons, qui ont démontré que l'inoculation de nos vaccins anticholériques produit la même action sur des animaux d'organisation très distante, nous ont déterminé à passer à des inoculations à l'homme.

Le 18 courant, je me suis injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc gauche une dose du premier vaccin anticholérique supérieure à celle qui suffit pour la vaccination des animaux que je viens de citer. Le malaise provoqué par cette inoculation a duré vingt-quatre heures, et consistait en une élévation de température de 36°,6 à 37°,5, avec de légers symptômes fiévreux (mal de tête, sécheresse de la bouche, coloration de l'urine), sans aucun dérangement du côté de l'intestin. Comme réaction locale, il y avait douleur au point d'inoculation, avec légère enflure de la peau et des ganglions du côté correspondant.

La douleur a complètement disparu le cinquième jour, l'enflure a encore persisté en s'effaçant graduellement, quatre jours plus tard.

Par suite de ce résultat, nous avons pratiqué une série d'inoculations sur des personnes qui se sont offertes à nos expériences, et en voici les résultats :

D'abord, le 24 courant, six jours après la première inoculation, je me suis fait faire l'injection, dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc droit, du virus cholérique exalté, qui constitue notre second vaccin anticholérique. L'inoculation a été suivie d'élévation de température et de douleur locale, mais sans gonflement de la région, ni des ganglions voisins. La température a atteint 38°,6. L'état général s'est rétabli au bout de vingt-huit heures, et les dernières traces de réaction douloureuse ont disparu trois jours après l'inoculation. Aucun dérangement digestif.

Le 22 courant, nous avons injecté à M. le Dr Iawein, de Saint-Pétersbourg, de 17 kilogrammes plus fort que moi, le premier vaccin anticholérique, à la dose égale à celle que je m'étais inoculée à moi-même. Le malaise vaccinal

(1) Société de biologie, séance du 30 juillet 1892.

est passé en cinq heures. La température s'est élevée de 37°,2 à 37°,6. Le troisième jour l'enflure a presque complètement disparu ; la réaction locale était encore distincte à la pression, le quatrième jour. Six jours après, ont disparu toutes traces de symptômes, et le septième jour, on a pratiqué l'inoculation du virus exalté.

Cette fois, la réaction était à peine sensible. Trois heures après l'inoculation, la température a monté de 37°,2 à 37°,4, pour retomber, au bout de cinq heures, à 36°,9. La douleur locale a été très sensiblement moindre qu'à la première inoculation. L'état général n'a pas été troublé.

Le 25 courant, nous avons inoculé à M. le Dr Tamamcheff, médecin de la ville de Tiflis, d'une taille plus petite que la mienne, le premier vaccin anticholérique à la dose de 4/5es de celle que je m'étais inoculée à moi-même. Le cas a présenté cette particularité que l'inoculation a été faite au moment où M. Tamamcheff avait une température de 38°. L'inoculation a produit, au bout de neuf heures, une élévation de température jusqu'à 39°,1, pour revenir le lendemain à 37°,7 ; puis une enflure et une douleur locale disparaissant graduellement, comme dans les cas précédents. Aucun dérangement du côté de la digestion, excepté une constipation passagère le surlendemain de l'inoculation.

A la même date du 25 courant, nous avons inoculé le premier vaccin anticholérique à M. Wilbouchewitch, ingénieur-agronome de Moscou, d'une taille un peu plus petite que celle de M. Tamamcheff, à la dose égale à celle donnée à ce dernier. L'inoculation a été faite dans le tissu sous-cutané du bras gauche. Ce cas avait ceci de particulier que les jours précédant l'inoculation, M. Wilbouchewitch souffrait d'un léger dérangement digestif. Le maximum de la température a atteint 38°,5, pour revenir le lendemain matin à 37°,4, mais l'enflure et la douleur au point d'inoculation ont persisté encore le quatrième jour après. L'inoculation n'a pas empêché la digestion d'entrer en état normal le jour même qui a suivi l'inoculation.

Nous concluons que l'inoculation de nos deux vaccins anticholériques, dont l'action protectrice sur les animaux est expérimentalement établie, ne présente pas le moindre danger pour la santé, et peut être pratiquée sur l'homme avec la plus parfaite sécurité. En même temps, j'exprime l'espoir que six jours après la vaccination l'organisme de l'homme aura acquis l'immunité contre l'infection cholérique.

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'INTOLÉRANCE DE LA CRÉOSOTE,

Par M. Claudius Nourry.

Généralement, quand il se produit, au cours du traitement créosoté, des symptômes simultanés d'intolérance, le médecin traitant cesse le traitement d'une manière définitive.

Il nous a été donné d'observer deux cas d'intolérance qui, particulièrement, montrent que si l'on doit toujours, par prudence, interrompre le traitement pour quelques jours, du moins ne doit-on pas le cesser tout à fait. D'autant plus que le médecin ne peut exercer sur ses malades une surveillance continuelle et qu'il est obligé de s'en rapporter aux observations des infirmiers qui, la plupart du temps, se fient à ce que leur dit le malade. Sans compter que si le malade n'aime pas le traitement il s'arrangera toujours, comme on va le voir pour montrer des phénomènes d'intolérance.

Un malade, P..., ancien garde républicain réformé pour tuberculose pulmonaire, avait, dès l'origine, montré les symptômes d'intolérance décrits par M. Burlureaux (1), notamment l'hypothermie survenant sept heures après l'injection, et suivie, une heure après, d'une hyperthermie notable succédant à la période algide. On avait repris une seconde fois le traitement, un mois après, le 21 janvier dernier et on avait dû l'abandonner de nouveau. Enfin, aucun traitement n'ayant pu enrayer l'évolution tuberculeuse ni faire tomber la fièvre qui se maintenait depuis trois mois entre 38°,5 et 40°,5, on résolut une dernière tentative pour voir réellement si la créosote ne permettrait pas d'obtenir un résultat désespéré, le tanin, l'ipéca, etc., ayant totalement échoué. On donna le 28 février 5 grammes d'huile à 1 p. 15 en injection. Le lendemain, 8 grammes. Le 1er mars, 10 grammes. Le 2, 15 grammes, sans que le malade, tenu en constante observation, montrât la moindre intolérance. Le 3, même dose, même tolérance. Mais le 4, le phénomène de refroidissement algide est signalé avec hypothermie. On descend à 10 grammes le lendemain, mêmes symptômes d'intolérance. Le 6, on ne donne que 5 grammes et on constate toujours l'intolérance. En présence de ce résultat, on emploie l'huile à 4 p. 100. Le 7, on donne 8 grammes de cette huile. Le 8, 5 grammes, seulement. Et l'intolérance se manifeste de même. Dans ces conditions, le traitement créosoté est abandonné définitivement. Et le 12 mai le malade mourait. Mais notre étonnement fut grand quand on nous apprit que ce malade n'avait pas présenté tous ces phénomènes. Seulement il éprouvait une aversion très grande pour la méthode inventée par M. le professeur Bouchard et reprise par MM. Gimbert et Burlureaux. Cette aversion était si forte que ce malade ne pouvait supporter la piqûre et que, dans cet état d'esprit, il avait si bien conquis la personne chargée de sa surveillance qu'il en avait fait un complice disant avoir constaté de l'intolérance alors qu'il n'y en avait en aucune façon.

Dans ce cas, on le voit, le malade est conscient. Dans le second cas qui va suivre, le malade, d'une impressionnabilité très grande, lymphatique, du reste, au suprême degré, s'imaginait avoir plusieurs symptômes d'intolérance alors qu'il n'avait que de l'hypothermie sans accompagnement de refroidissement algide.

C'est un M. L., professeur civil dans une école militaire. Il était atteint de pleurésie purulente et présentait quelques signes de tuberculose pulmonaire. Chez lui, la créosote avait produit des poussées congestives, dont le résultat fut une fièvre telle qu'on dut laisser le traitement pendant huit jours, pour le reprendre ensuite. Pendant les trois semaines consécutives à la reprise, tout alla bien. Les écoulements purulents avaient presque disparu. On touchait à une guérison, quand tout à coup, la poussée congestive consé-

(1) *Gaz. hebd.*, 1891, 5 et 12 mars 1892.

quente amena comme la première fois une production de fièvre, telle qu'on dût abandonner le traitement pour quelques jours. Huit jours après, ont dut le reprendre. Le malade allait plus mal.

L'appétit avait disparu, les forces baissé et l'écoulement purulent était devenu si abondant qu'on devait faire la ponction tous les deux ou trois jours. Sur ces entrefaites, M. L... avait lu dans la *Gazette hebdomadaire* l'étude des phénomènes d'intolérance. A la reprise du traitement, on lui donna 10 grammes d'huile à 1 p. 15, et l'on se maintint à 15 grammes. Le malade malheureusement n'allait pas mieux. Le matin, il avait 39 degrés de température. Après l'injection 37 degrés seulement Pendant huit jours, cette température se maintint. On eut le tort de la faire connaître au malade. Car le lendemain, il se plaignait d'avoir ressenti l'accès algide. On regarda ses urines, elles n'étaient pas noires, ni colorées. Il n'y avait pas eu de sueurs profuses non plus. Connaissant le malade, le sachant très impressionnable, je pensai que ce refroidissement algide était œuvre de son imagination et l'on augmenta la dose quotidiennement de 10 grammes. Ainsi, pendant huit jours, en disant au malade qu'on ne lui donnait que 12 grammes d'huile. M. L... se plaignait de la longue durée des piqûres, et de la grosseur des bosses produites. Mais, il ne se plaignait plus du refroidissement. Pour nous convaincre que le traitement était parfaitement supporté, le huitième jour (il avait pris 90 grammes d'huile), je restai auprès du malade jusqu'à 9 heures du soir. La tolérance était entière, aucun phénomène ne se montra. J'appris alors à M. L... la quantité d'huile prise. Il ne voulut d'abord pas y croire; puis finit par reconnaître qu'il n'était pas bien sûr d'avoir jamais eu d'accès algide, *qu'il lui avait seulement semblé en avoir.* Comme conclusion, on continua d'augmenter la dose de l'injection. On la porta à 120 grammes. Et trois semaines après, le malade était guéri.

Il résulte de ces deux observations que lorsqu'un malade dit avoir de l'intolérance, il ne faut pas manquer d'abord de s'en assurer par soi-même; puis, s'il y a intolérance, cesser passagèrement pour recommencer ensuite. Sinon, il faut pousser la dose. Dans tous les cas, le traitement créosoté ne doit être abandonné que lorsque l'intolérance s'est manifestée pendant plusieurs jours consécutifs et avec tous ses symptômes; un symptôme isolé n'étant pas, comme le prouve l'observation de M. L..., un empêchement sérieux.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Contribution a l'étude de l'antiphlogose,

Par M. N. Gamaleia.

Il y a quelque temps, nous avons montré, M. Charrin et moi, que certaines substances, injectées dans le sang des lapins, ont la propriété d'entraver l'inflammation, provoquée sur les oreilles de ces lapins par des frictions avec l'huile de croton. Cette antiphlogose n'était que passagère, et dès que les animaux cessaient de se trouver sous l'influence des produits injectés dans leur sang, l'inflammation s'installait dans leurs oreilles, avec la même intensité que chez les témoins (1).

Je me suis demandé quelle influence pourrait avoir sur la lésion provoquée par les différents agents irritants cet entravement de l'inflammation, si cet entravement est effectué d'une manière systématique et pendant un temps considérable. D'après les idées courantes sur l'inflammation envisagée comme une réaction utile pour l'organisme, on devrait s'attendre à trouver une aggravation sensible de la lésion locale par suite de cette entrave apportée par l'inflammation. Pour plus de simplicité, nos investigations se sont bornées d'abord à l'étude de l'antiphlogose dans les lésions non bactériennes, provoquées par les agents chimiques.

Nous produisions, à l'aide de l'ammoniaque, une inflammation sur les muqueuses et principalement sur la conjonctive des yeux de lapins. L'un des lapins ainsi traités était laissé comme témoin. Chez l'autre, on entravait l'inflammation par l'injection intra-veineuse de substances appropriées (comme par exemple, les solutions concentrées des sels neutres). Ces recherches ont donné comme résultat manifeste et constant, que l'entravement de l'inflammation agit favorablement sur la lésion locale. Les lapins traités par les aphlogistiques ont toujours présenté des lésions moins graves et de moindre durée que celles des témoins.

Quant à l'interprétation de ce résultat et à son application aux lésions microbiennes, ces questions sont actuellement l'objet de nos recherches.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DU CHOLÉRA

Suite (2).

III. — Recherches sur l'inoculation préventive contre le choléra asiatique chez l'homme, par le Dr G. Klemperer. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 39, p. 969.)

IV. — L'importance de l'examen bactérioscopique pour le diagnostic des formes bénignes du choléra asiatique, par P. Guttmann. (*Eodem loco*, p. 972.)

V. — Remarques sur l'administration interne de substances médicamenteuses dans les cas de choléra, par le Dr F. Hirschfeld. (*Eodem loco*, p. 973.)

III. — Après avoir rappelé la substance du récent travail (*Gaz. méd.*, 1892, n° 34, p. 404) qu'il a publié et relatif à la vaccination anticholérique chez les animaux, M. F. Klemperer expose les difficultés que soulève la question de la vaccination anticholérique chez l'homme. La principale de ces difficultés paraît être surtout de fournir la preuve comme quoi un homme qui a subi un traitement préventif est devenu réellement réfractaire au choléra. Il semble que cette preuve ne puisse être faite d'une façon rigoureuse qu'en temps d'épidémie, et en éprouvant l'inoculation vaccinale sur un grand nombre de sujets. Or, il existe une autre voie, pour démontrer que l'organisme a été rendu réfractaire à l'action d'un agent pathogène déterminé. Les recherches de Berhing et Kitasato nous ont révélé ce fait, que le sérum sanguin d'un animal rendu réfractaire à une maladie infectieuse déterminée est doué lui-même de propriétés vaccinales.

(1) *C. R. de la Société de Biologie*, 5 juillet 1890.

(2) Voir le n° 38, p. 454.

Partant de cette notion, M. G. Klemperer a imaginé de procéder de la façon suivante : Inoculer à un sujet de l'espèce humaine les substances reconnues pour conférer à des animaux l'immunité contre le choléra, lui tirer du sang d'une veine, et rechercher si à l'aide de ce sérum sanguin il est possible de rendre des cobayes réfractaires à l'intoxication cholérique.

Préalablement, il s'agissait de savoir si le sérum sanguin d'un homme n'ayant subi aucun traitement préventif ne confère pas un certain degré d'immunité contre l'intoxication cholérique, aux cobayes auxquels on inocule ce sérum. Et en effet, dans 2 expériences sur 5, un tel résultat a été obtenu.

Restait à savoir dans quelle mesure les propriétés vaccinales éventuelles du sérum sanguin se trouvent accrues par un traitement préparatoire, par l'inoculation de substances capables de conférer à un cobaye l'immunité contre l'intoxication cholérique.

— Après ces considérations préliminaires, M. Klemperer a rendu compte des expériences qu'il a faites sur de jeunes confrères et sur des étudiants attachés au service du prof. Leyden, qui avaient pleine connaissance des dangers que pouvaient leur faire courir ces essais de vaccination.

Une première expérience a démontré que l'injection sous-cutanée de 3 cc. 6 d'une culture pure du bacille du choléra, exposée préalablement pendant deux heures à une température de 70°, confère à un homme bien portant une immunité anticholérique telle que 0,25 cc. de son sérum sanguin, injecté à un cobaye, préserve cet animal contre les suites d'une intoxication cholérique mortelle.

Or, le sérum sanguin d'un homme sain qui n'a pas subi de traitement préparatoire ne possède habituellement pas la dixième partie d'un semblable pouvoir vaccinal anticholérique. On peut donc admettre avec un grand degré de vraisemblance, que le sujet en question avait acquis l'immunité contre l'intoxication cholérique.

Quant au reste, cette tentative de vaccination s'est révélée comme étant inoffensive. Il est vrai qu'elle a nécessité une durée d'expérimentation de douze jours, pendant laquelle le sujet a ressenti bien des incommodités et a maigri de trois livres et demi.

Chez un autre sujet, on a inoculé seulement 0,5 cc. d'une culture pure préalablement exposée à une température de 70°, et chez un troisième 0,75 cc. Le serum sanguin de ces deux sujets possédait un pouvoir vaccinal beaucoup moins prononcé que le sérum du sujet de la première expérience.

M. G. Klemperer a voulu savoir ensuite s'il serait possible d'obtenir des effets d'immunisation en moins de temps et d'une façon moins laborieuse. Des expériences faites sur des cobayes lui ont démontré que l'incorporation de faibles quantités de bacilles virulents constitue le meilleur procédé d'immunisation. Dans ces conditions, il s'est demandé s'il ne serait pas possible d'introduire d'une façon inoffensive, dans l'organisme humain, des bacilles virgules en pleine possession de leur virulence.

Or, une série de faits sont de nature à faire admettre que les bacilles cholériques ne sont tellement dangereux pour l'homme qu'autant qu'ils parviennent dans l'intestin. A l'autopsie des cholériques, on ne trouve jamais de ces bacilles dans le sang, preuve qu'ils ont été anéantis dans ce liquide. Donc M. Klemperer s'est décidé à faire chez l'homme, des injections sous-cutanées de bacilles cholériques. Une première tentative a démontré que l'injection sous-cutanée d'une culture préalablement exposée à une température de 70° est absolument inoffensive. On a continué ces essais, en injectant des cultures exposées à des températures de plus en plus basses. En dernier lieu, les injections ont été faites avec des cultures échauffées préalablement à 50° ; il n'y a pas eu trace d'une réaction consécutive, quand on injectait des doses faibles, et avec de fortes doses la réaction générale a été très faible. La preuve était ainsi faite que les bacilles cholérigènes, si délétères quand ils parviennent dans notre intestin, sont à peu près inoffensifs quand on les fait pénétrer dans notre organisme par la voie sous-cutanée. Les bacilles périssent très rapidement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il s'est fait voir de plus que, chez l'homme comme chez le cobaye, les bacilles vivants doués de leur virulence exercent un pouvoir vaccinal beaucoup plus énergique que les cultures préalablement échauffées.

IV. — Il existe des cas de choléra qui évoluent avec des allures tellement bénignes qu'ils ne paraissent même pas devoir être rattachés au choléra nostras. Les malades n'éprouvent pas de douleurs dans les mollets, quelquefois même ils ne vomissent pas. Bref, les symptômes se réduisent à une diarrhée plus ou moins profuse. Et cependant le choléra asiatique est en cause, si l'on s'en rapporte aux résultats de l'examen bactérioscopique. M. P. Guttmann mentionne trois exemples de cette forme fruste de choléra asiatique, qu'il a eu l'occasion d'observer dans le courant de la semaine dernière ; tout cela pour établir l'importance de l'examen bactérioscopique, lorsqu'il s'agit de diagnostiquer les cas de choléra asiatique à évolution bénigne. En s'inspirant de cette notion, on arrivera à reconnaître une épidémie naissante de choléra, à une époque où l'on ne croit être en présence que d'une simple épidémie de diarrhée saisonnière.

Lorsque les matières diarrhéiques sont teintées en jaune, qu'elles ne présentent pas encore l'aspect de l'eau de riz, il faut faire porter l'examen bactérioscopique sur de petits flocons, de petites concrétions, recueillis au sein du liquide, parce que là les bacilles cholérigènes se rencontrent en nombre plus considérable.

IV. — M. Hirschfeld insiste sur le danger qu'il peut y avoir à administrer aux cholériques des substances médicamenteuses qui s'éliminent par les reins et qui, en s'accumulant dans le sang, peuvent engendrer une intoxication grave. En effet, l'attaque de choléra se complique habituellement d'une néphrite aiguë, due sans doute à la présence des toxines dans le sang et qui ne peut que s'aggraver, lorsque le rein vient en contact avec des substances irritantes.

E. Ricklin.

BULLETIN

Suivant toute probabilité, nous entendrons parler de l'épidémie cholérique encore pendant quelques semaines, c'est-à-dire jusqu'au moment où, d'après les prévisions permises, le mal aura disparu et sera passé à l'état de souvenir. Si légère et bénigne qu'elle puisse paraître, comparée à ses aînées du XIXe siècle, cette épidémie n'aura pas moins apporté avec elle quelques enseignements d'ores et déjà utilisables au point de vue de la prophylaxie future. En particulier, elle

aura servi à démontrer l'importance capitale des mesures d'isolement et de désinfection instituées de divers côtés, à l'effet de circonscrire les ravages du mal et d'arrêter l'extension centrifuge des foyers disséminés. Peu importe que ces mesures n'aient pas toujours été conformes aux règles de la courtoisie internationale, ou qu'elles aient été dictées par l'empirisme plutôt que par une notion exacte du degré de contagiosité et du mode de propagation de la maladie. On ne doit tenir compte ici que des résultats, et ceux-ci ont été assez encourageants pour que nous puissions y voir un exemple fort instructif au point de vue de la conduite à tenir dans le cas d'épidémies ultérieures.

Si on conservait quelques doutes sur ce point, il suffirait pour être convaincu de prendre connaissance des faits que M. Gibert est venu exposer l'autre jour devant l'Académie. Notre confrère, qui exerce au Havre depuis de longues années, a pu suivre sur place le développement et la propagation de la maladie dans ce grand port de l'Ouest. Il a pu reconnaître ainsi que sa puissance d'extension est subordonnée tout entière à l'intervention des moyens de défense institués de bonne heure. En d'autres termes, il considère comme une vérité acquise la possibilité d'arrêter la marche du choléra par des mesures prophylactiques appropriées. Les procédés à employer pour cela sont nombreux et variés : ils se résument à peu près tous dans l'emploi de minutieuses pratiques de désinfection, pour la réalisation desquelles on peut d'ailleurs faire appel à toutes les substances douées de propriétés microbicides et antiseptiques reconnues. C'est grâce à l'usage bien entendu de ces pratiques et à la prescription des mesures d'isolement sévères que l'on a pu, au Havre comme à Pétersbourg et plus tard à Hambourg, circonscrire les ravages de l'épidémie et empêcher sa généralisation. Mais pour établir cette prophylaxie d'une manière efficace, une grande fermeté et une énergie inflexibles sont nécessaires, car l'on se heurte à chaque instant aux intérêts privés, avec lesquels il faut toujours compter.

L'intervention de l'autorité supérieure est ici indispensable, parce que, disposant des lois de l'hygiène publique, elle peut seule venir à bout de certaines résistances. La courte durée de l'épidémie havraise, dont M. Gibert nous entretenait l'autre jour, peut être légitimement imputée à cette mise en vigueur prompte et immédiate de moyens défensifs dont nul désormais ne pourra plus contester l'opportunité. C'est là certainement un fait considérable et qui, pour l'instant, doit avoir le pas sur cette autre question, un peu théorique et spéculative : celle de savoir si nous avons eu affaire au choléra véritable, asiatique, ou seulement à un choléra autochtone, indigène, simplement analogue à son homonyme, mais différent de lui par l'origine bactérienne et par la nature.

Nous avons déjà exprimé précédemment notre opinion sur ce dernier point, et nous n'y reviendrons pas, sinon pour dire qu'une pareille discussion nous paraît oiseuse et surtout à peu près stérile. Les arguments que l'on invoque pour justifier la séparation sont presque tous empruntés à la bactériologie, une science encore à l'état d'ébauche et qui, jusqu'à ce jour, n'a guère autorisé de conclusions absolues. Et, en tous cas, les règles prophylactiques issues de celles-ci s'appliquent à peu près indistinctement à tous les contages et à tous les microbes, pour chacun desquels nous ne possédons encore aucun spécifique. Dès lors, on ne voit guère l'utilité de maintenir une dichotomie qui ne peut avoir de sanction ni dans le domaine de l'hygiène préventive, ni dans celui de la thérapeutique.

Au point de vue clinique, la séparation n'est pas plus acceptable, car il est à peu près impossible de distinguer le choléra vrai des affections dites cholériformes. L'argument tiré de la gravité ne saurait suffire, ainsi qu'il résulte de l'observation attentive de la récente épidémie, dans laquelle on a pu constater une série de cas intermédiaires, mixtes, en quelque sorte atténués, à côté des cas mortels, foudroyants. Pourtant l'examen bactériologique a permis de reconnaître, dans les faits du premier groupe, aussi bien que dans ceux du second la présence d'un élément bactérien commun, le bacille virgule. Aussi persistons-nous à croire qu'il s'agit là d'une seule et même maladie et croyons-nous qu'il y a lieu de proclamer définitivement, avec MM. Peter et Gibert, l'unité des affections dites cholériformes et leur identité avec la grande maladie asiatique. La prophylaxie et la thérapeutique, aussi bien que la nosologie, gagneront à cette interprétation qui a pour elle le mérite de la simplification et de la clarté.

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — Par décrets, en date des 21 et 24 septembre 1892, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le Dr Ardouin, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — M. Le Landais, médecin de première classe de la marine en retraite.

École de médecine navale de Bordeaux. — (Concours d'admission en 1892.) — Voici, par ordre de mérite, les noms des candidats admis à cette École :

MM. Buissière, Bec, Morin, Marzin, Roché, Parazols, Vialet, Spire, Chemin, Donnart, Dor, Thomas, Escande de Messières, Brachet, Nielsen, Dubruel, Bessière, Aynès, Vallet, Mathis, Rolland, Valmyre, De la Barrière, Douarre, Rencurel, Sambuc, Pannetier, Degroote, Bouffard, Lamy, Lucciardi, Gautier, Maurras, Bernard, Bouteiller, Lecomte, Bernal, Marchand, Guiol, Deschamps, Coulagner, Cuitard, Roquemaure, Lanteaume, Constant, De Nicolas du Plantier, Boyer, Delabaude, Hennequin et Augier.

Les candidats devront se présenter à l'École le 29 octobre prochain avant midi. Ils auront à contracter, à Bordeaux, les engagements spéciaux exigés par l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 0. — Rougeole, 3. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 27. — Affections cholériformes, 64. — Phtisie pulmonaire, 158. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 30. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32 — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 26. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 41. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 85. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 23. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 143. — Causes inconnues, 8. — Total : 853.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e ANNÉE, 8e SÉRIE. TOME I — N° 41 — 8 OCTOBRE 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 55, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE MÉDICALE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE AU DÉCLIN DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE,

Par le Dr FIESSINGER (d'Oyonnax).

— Il est toujours désagréable pour le médecin de se trouver en face d'une complication inattendue. — La tachycardie a-t-elle été signalée dans la septicémie puerpérale? C'est là un accident plus particulier à d'autres maladies générales aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie, la grippe (1); quant à la septicémie puerpérale, elle ne semblait pas faire place aux tachycardies dans son tableau clinique.

Une femme de 36 ans, vraie nerveuse, mais sans signes quelconques de névrose, (hystérie, encesthenie, etc.) Mme M..., atteinte d'une septicémie puerpérale par rétention placentaire, avait reçu quelques injections intra-utérines avec une solution de lysol. Le matin du cinquième jour, la fièvre persistait à 39° (T. r.); une toux sèche et fréquente, des sueurs abondantes incommodent la malade; le soir on change Mme M... de linge, et voici venir brusquement un véritable affolement du cœur. Le pouls faible, filiforme, imperceptible par instants, bat de 190 à 210 fois par minute; les battements du cœur, brefs, sans souffle, transmettent à la paroi thoracique une impulsion exagérée; la malade anxieuse, n'est cependant pas très oppressée et respire assez facilement; les extrémités sont froides; une série d'éructations sonores représentent la participation de l'estomac aux troubles du cœur; on ne constate pas de dilatation cardiaque ni de congestion passive des poumons; les pupilles sont normales. L'examen le plus minutieux ne met sur la piste d'aucune complication expliquant la tachycardie : le ventre est souple, les urines renferment les quantités d'albumine ordinaires à la septicémie puerpérale (à peine un gramme, albuminètre d'Esbach); la température est tombée à 37°9.

Tout à coup, la malade urine sous elle et la crise cesse brusquement. Quelques arythmies plus lentes et plus amples sont le trait d'union entre la folie du cœur et le retour à un état normal. Mais l'amélioration dure peu; dans un intervalle de temps variant entre trois minutes et trois quarts d'heure, et cela sans motif, sans un mouvement de la malade, quatre nouvelles crises éclatent. Leur début est annoncé par un bruissement d'oreilles, des éblouissements, une sensation de froid; et la tachycardie suit de quelques secondes. Crainte d'une syncope, nous pratiquons quatre injections sous-cutanées de 25 centigr. de caféine et deux piqûres d'éther. La première crise avait commencé à 7 h. 1/2 du soir, la dernière avait pris fin à minuit, un instant après que la femme, en proie aux affres de la mort, manifestait à son mari ses volontés dernières. La durée des crises, dans leur ordre de succession, avait été de trois quarts d'heure, cinq minutes, une heure, dix minutes, et deux minutes.

L'apparition de ces accès de tachycardie semble avoir été déterminée par deux causes : l'état nerveux de Mad M... et l'action du poison puerpéral sur les centres d'innervation cardiaque. Nous rejetons immédiatement l'hypothèse d'une tachycardie réflexe d'origine utérine. Ces tachycardies produites par les troubles menstruels et en général toutes les affections des organes génitaux ne s'accompagnent pas de toux ni de troubles gastriques (Larcena (1); or notre malade toussait et avait des éructations nombreuses. De plus ses pupilles restaient normales alors qu'elles sont dilatées dans les tachycardies réflexes; ses urines étaient albumineuses et d'après Larcena (2) l'albuminurie fait défaut dans les tachycardies réflexes; ces dernières consécutives à une excitation du système sympathique seraient, on le voit, toutes différentes des tachycardies familières aux maladies infectieuses, tachycardies directes qui reproduisent le tableau symptomatique de la section des pneumogastriques et sont dues à une paralysie du système nerveux modérateur (Larcena.)

En admettant que les dissemblances entre ces deux sortes de tachycardies aient été un peu schématisées pour les besoins de la description, une autre constatation nous semble devoir écarter l'idée de tachycardie réflexe : la facilité avec laquelle ont été supportées les injections intra-utérines; c'est douze heures après la dernière injection, c'est-à-dire douze heures après une excitation utérine capable de mieux solliciter le réflexe que les accidents ont

(1) *Larcena, des Tachycardies.* Th. Paris, 1891, p. 75.

(1) *Loc. cit.*, p. 157.
(2) *Ibid.*

apparu — sans doute ils n'auraient pas tardé si longtemps s'ils eussent été sous la dépendance d'un réflexe utérin. Et puis que de femmes nerveuses reçoivent des injections intra-utérines sans y répondre par des accès de tachycardie. Tarnier (1) parle d'accidents syncopaux provoqués par des injections intra-utérines; ce sont là complications exceptionnelles, en tous cas différentes de celle que nous étudions. Faut-il incriminer la nature du liquide injecté et songer à une tachycardie toxique? Nous avons usé du lysol qui est moins toxique que l'acide phénique, nous n'en avons injecté que de faibles quantités et le reflux du liquide a été constamment assuré par l'instrument que nous employions, la sonde dilatatrice de Reverdin.

Plutôt qu'à une tachycardie réflexe ou toxique, ces considérations nous font opiner pour une tachycardie directe : l'agent infectieux aurait entraîné la paralysie du pneumogastrique.

Et nous nous demanderons pourquoi cette tachycardie s'est montrée au déclin de la septicémie puerpérale, alors que la température était tombée à 37°,9. La fièvre dont l'action est d'oxyder et de solubiliser les principes toxiques (A Robin) a-t-elle disparu prématurément? Certains principes pyrétogènes ont-ils été éliminés avant d'autres toxines? Ces dernières, restées seules, ont-elles tenté sur le pneumogastrique une attaque que la fièvre absente n'a pas conjurée? (2)

La multiplicité des toxines microbiennes autorise ces hypothèses; ajoutons que la cessation des accidents a coïncidé chez notre malade avec une diurèse abondante; l'élimination par la voie urinaire des toxines tachycardiques aurait suivi de près la sortie des toxines pyrétogènes. Telle est l'interprétation que nous proposons.

OBSERVATION.

Femme de 36 ans; accouchement normal; septicémie puerpérale par rétention placentaire; injections intra-utérines avec une solution de lysol; au moment de la défervescence, tachycardie paroxystique; 200 pulsations; 5 crises successives durant de deux minutes à une heure; injections sous-cutanées de caféine et d'éther; guérison.

Mme M..., âgée de 36 ans, multipare, souffre au cours de sa grossesse d'une névralgie faciale, tenace, difficilement calmée par de hautes doses d'antipyrine. C'est une femme nerveuse, très vive, ne présentant toutefois aucun signe d'hystérie, de neurasthénie ou de maladie de Basedow. Elle acconche le 31 août 1892 (présentation du sommet, sage-femme, Mme Bavoux) sans incident et l'enfant est mis en nourrice. La sage-femme jure ses grands dieux qu'elle a pris les précautions antiseptiques commandées et qu'elle a retiré toute la délivrance.

Le matin du 1er septembre, Mme M... se sent la tête lourde; vers 7 heures du soir, elle est secouée par un violent frisson avec claquement de dents, durant trois quarts d'heures. Des maux de ventre, des douleurs dans les reins, une fièvre vive amènent une nuit très agitée.

Le 2. On nous appelle malgré la sage-femme; cette brave matrone qui a déjà infecté plusieurs femmes l'hiver précédent, ne voit dans la septicémie puerpérale qu' « un croisement des nerfs sur l'estomac ». Mme M... présente un ventre ballonné très douloureux au niveau de l'utérus; elle souffre de nausées; le matin elle assure avoir perdu un morceau assez considérable de placenta.

T. m. (rect.) 39°,6; P. m., 120. On donne une injection intra-utérine avec 2 litres d'une solution de lysol (une cuillerée par litre, sonde de Reverdin). L'injection est bien supportée et fait tomber la température à 39°,2.

T. s., 39°,5, Nouvelle injection avec 1 litre de la même solution. Quelques injections vaginales sont pratiquées dans l'intervalle des injections intra-utérines.

Le 3. T. m., 39°,3; s., 39°,4. P. m., 100; s., 96. La malade a bien dormi la nuit. L'injection intra-utérine du matin ramène un petit morceau de placenta de la grosseur d'une noisette. Quelques mucosités reviennent avec l'injection intra-utérine du soir.

Potion avec 80 centig. de sulfate de quinine. Thé au rhum.

Le 4. T. m. 38°,5. P. m., 88. L'utérus est moins douloureux; la fièvre tombe; on ne donne pas d'injection intra-utérine le matin; le soir, la malade perd quelques détritus ayant mauvaise odeur. T. s., 39°,8. P. s., 96. Injection intra-utérine avec 2 litres de la solution de lysol; la température tombe à 39°,5.

Le 5. T. m., 39°,4; s., 39°,8. P. m., 100; s., 100. La nuit a été très agitée; Mme R. refuse l'injection intra-utérine qui n'est pratiquée que le soir; l'injection fait baisser à 38°,9 la température qui était auparavant à 39°,8.

Le 6. T. m., 39°,1; s., 37°,9. P. m., 104. Toux sèche et fréquente sans râles dans les bronches. Le matin une injection intra-utérine ramène la température à 38°,7, soit une chute de 4/10. La journée est très bonne; sueurs abondantes. Toux persistante.

A 7 heures 1/2 du soir, on change la malade de linge et voici venir tout à coup un éblouissement et des battements de cœur. A 7 heures 3/4, nous trouvons Mme M. dans l'état suivant; étendue de son long, et la face très pâle, elle se plaint de ses battements de cœur; il n'existe non pas de l'oppression, mais une sorte d'anxiété pénible; les mouvements respiratoires ne sont pas sensiblement accélérés; la toux du matin a disparu.

La main appliquée sur la poitrine perçoit les impulsions rapides et exagérées du cœur; l'auscultation laisse entendre des battements brefs, sans souffle, avec égalité des deux silences; le pouls, faible, imperceptible par instants, donne à la minute 190 pulsations assez régulières, traversées de temps à autre par une arythmie de deux ou trois battements. La malade ne ressent ni point de côté, ni douleurs dans le ventre, qui est souple; elle est prise d'une série d'éructations sonores et à des nausées; les extrémités sont froides. Pendant que nous envoyons chercher de la caféine à la pharmacie, Mme M..., saisie par un besoin intense, urine sous elle; instantanément, la crise tachycardique cesse, et quelques battements irréguliers, plus amples, plus lents annoncent le retour à l'état normal; le chiffre de 116 pulsations un peu molles auquel le pouls s'arrête indique néanmoins que l'état normal n'est pas absolument atteint. Cette première crise de tachycardie avait

(1) Société obstétricale de France. (*Semaine medic.*, 7 mai 1892.)

(2) De même qu'elles sont éliminées en deux temps, les toxines prétogènes et les toxines paralysantes du pneumogastrique ne semblent pas toujours apparaître simultanément. Nous avons publié une observation de pneumonie cardiaque (*gaz. médic.* 9 juillet 1892) ou les désordres cardiaques ont précédé la venue de l'hyperthermie et ont disparu avec elle.

duré trois quarts d'heure ; le répit qui la suit est de très courte durée.

Trois minutes sont écoulées à peine que Mme M... entend comme un bruissement dans les oreilles, elle voit bleu, un frissonnement envahit tout le corps, les reins sont glacés, « cela va revenir » dit Mme M... et en même temps reparaît la folie du cœur : 200 à 210 pulsations filiformes, avec ondulations et absences passagères du pouls. Nous pratiquons deux piqûres de 25 centigr. de caféine ; la malade est couchée la tête très basse.

Cette seconde alerte se dissipe au bout de cinq minutes et pendant trois quarts d'heure l'on peut croire à la terminaison des désordres. Les nausées ont disparu, la malade boit du thé au rhum. Sécurité trompeuse! Bientôt les accidents se renouvellent dans le même ordre : éblouissements, tintements d'oreille, frissonnements ouvrant à deux battants la porte à la précipitation désordonnée du cœur. Nous étions allé nous coucher, on nous rappelle à 10 heures 3/4 du soir. Une minute après notre arrivée la crise s'arrête, elle s'était prolongée près d'une heure.

Deux nouvelles injections de 25 centigrammes de caféine sont administrées. Elles n'empêchent pas le retour d'une quatrième crise qui survient après une accalmie de quelque minutes à peine. La malade est plus angoissée que dans les crises précédentes ; elle se sent mourir ; 210 battements filiformes sont comptés à la minute, coupés de temps à autre par 2 ou 3 pulsations un peu plus lentes et plus amples. Les extrémités se refroidissent. On ne constate pas de dilatation du cœur ni de congestion passive des poumons ; les pupilles sont normales ; les urines recueillies à ce moment laissent déposer à l'albuminimètre d'Esbach près de 1 gramme d'albumine. On pratique une injection sous-cutanée d'éther.

Pendant que Mme M... exprime à son mari ses dernières volontés, « Cela passe », dit-elle tout à coup. Et le cœur est calmé. La durée de la quatrième crise avait été de dix minutes. Si l'accalmie qui la termine est interrompue au bout de quatre minutes par un cinquième accès de tachycardie, au moins celui-là est-il le dernier. Il est encore plus court, dissipé qu'il est au bout de deux minutes et laissant le pouls à 100 pulsations. Après avoir pratiqué une seconde injection d'éther, nous prenons congé de la malade à minuit. Le reste de la nuit est calme.

Le 7. T. m., 37°,2 ; P. m., 88. La malade a beaucoup uriné toute la nuit ; elle va tout à fait bien. On ne donne pas de nouvelles injections intra-utérines.

Le 8. T. m., 37°,4 ; P. m., 88. Mme M... se lève les jours suivants.

GYNÉCOLOGIE

SUPPURATIONS PELVIENNES

Par le Dr Le Bec,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, de Paris.

Nos prédécesseurs n'ont pas méconnu la question, seulement ils ignoraient l'antisepsie, c'est ce qui explique leur insuccès. Récamier, de Paris, vers 1837, faisait l'ouverture des abcès pelviens par le cul-de-sac vaginal postérieur. Il avait inventé un bistouri spécial, et recommandait une ouverture large avec grands lavages. Sa méthode fut exposée par Bourdon dans la « Revue médicale » de 1841.

Malheureusement l'antisepsie n'était pas connue et les malades mouraient de septicémie.

Laroyenne de Lyon, en 1886, dans le « Lyon médical » publia un travail sur cette même méthode et fit connaître ses succès. Péan, en 1890, présenta la même question au Congrès de Berlin et ajouta cette notion importante, que l'hystérectomie vaginale doit être le premier temps de l'opération.

Depuis, les opérateurs se sont divisés en deux camps : les uns préconisent l'hystérectomie pour les inflammations des annexes, les autres ne voulant admettre que la laparotomie.

Nous sommes personnellement partisan de la voie vaginale, mais avec éclectisme et nullement d'une manière absolue.

Si les tumeurs sont élevées dans le ventre et peu faciles à sentir par le toucher vaginal, nous n'hésitons pas à faire la laparotomie.

Si le bassin est rempli, la voie vaginale nous paraît préférable.

Ici nous nous séparons des partisans de l'hystérectomie.

Péan veut que l'attaque des poches de pus soit précédée de l'ablation de l'utérus. Nous pensons que ce précepte est trop absolu. Il suppose le diagnostic de la présence du pus toujours certain, ce qui n'est pas, car l'utérus enlevé, il est arrivé à des opérateurs de trouver des poches contenant du sang ou même un liquide séreux.

Nous pensons donc que l'on ne doit pas faire une hystérectomie en quelque sorte exploratrice.

Nous allons même plus loin, affirmant que sans opération on peut guérir des désordres graves, suites évidentes de suppurations éteintes.

Pour le prouver, nous ne voulons pas apporter de longues statistiques, mais nous prendrons dans notre pratique quelques cas typiques, qui peignent notre pensée.

Si les suites des inflammations se présentent sous forme d'adhérences vicieuses et d'indurations des annexes même produisant l'utérus enclavé dans le bassin, nous pouvons combattre cet état par le massage de l'électrolyse. Le massage utérin imaginé par Thure Brandt, donne quelquefois des résultats merveilleux.

Voici un cas que j'ai traité, il y a quatre ans. Madame Mil..., 43 ans. Il y a vingt ans, première pelvi-péritonite, rechutes violentes il y a quatorze ans. En 1888, je constate utérus immobilisé, cul-de-sac droit, tumeur grosse comme le poing : cul-de-sac gauche dur et abaissé.

Douleurs vives, état général mauvais, menstruation irrégulière. Je fis 47 séances de massage. L'utérus était redevenu mobile, il restait une induration du volume d'une petite noisette. Règles revenues régulières. L'état se maintenait bon en 1891.

L'électrolyse, par la méthode imaginée par Trépier, il y a trente ans, perfectionnée par Apostoli, peut rendre de grands services.

Voici deux exemples démonstratifs.

Observation I. — Marie P..., 30 ans, 3 enfants. Hématocèle en 1871, deux fausses couches. Pelvi-péritonite qui a laissé des douleurs. État actuel, tumeur dure remplissant

la poche de Douglas. Six séances d'électrolyse de 50 à 80 milliampères. Toutes les douleurs ont disparu, il reste un petit noyau induré. La malade est revue au bout de cinq mois, l'utérus est mobile, tout a disparu.

OBSERVATION II. — Lab..., 22 ans. Trois enfants. Le dernier est suivi de péritonite, on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure et douloureuse. Deux séances d'électrolyse la font disparaître. J'ai revu la malade au bout de deux ans et demi. Elle a eu deux enfants à terme depuis et ne souffre plus.

L'utérus et le cul-de-sac postérieur sont libres.

Cette dernière malade n'aurait pas guéri plus complètement par l'hystérectomie et n'aurait pas pu avoir d'enfant.

Si l'on se trouve en présence de poches fluctuantes, il n'y a qu'un procédé : l'ouverture et le drainage bien fait.

Notre sentiment est que la première attaque du mal doit être une incision large pour le cul-de-sac postérieur, qui permet d'explorer la cavité et d'y mettre un drain en T.

S'il y a plusieurs poches, on peut les ouvrir avec les doigts et les faire communiquer. Il est utile de faire autant que possible l'incision verticale ou transversale et très rapprochée du col de l'utérus.

L'opération est simple, n'ouvre pas le péritoine; le drainage se fait par la partie déclive : on respecte l'utérus, ce qui est important si un seul côté est atteint.

J'ajoute que si l'on s'est trompé et que, au lieu de pus on trouve du sang ou un liquide séreux, l'utérus n'est pas touché et la femme reste féconde.

Si les poches ne communiquent pas facilement, si des fistules persistent, il faut l'hystérectomie sans hésiter.

Ainsi comprise, l'incision du cul-de-sac postérieur devient un double moyen, curatif dans les cas simples et indicateur de l'hystérectomie dans les cas rebelles.

C'est une opération faite en deux étapes, la seconde étant subordonnée au résultat fourni par la première.

Voici, en résumé, comment nous comprenons le traitement des affections qui nous occupent :

1° Indurations fermes et petites, antisepsie vaginale et utérine, puis massage utérin et électrolyse en cas d'échec d'hystérectomie;

2° Poches élevées. Laparotomie;

3° Poches fluctuantes basses : faire d'abord l'ouverture large et drainage soigné : si le mal résiste, hystérectomie.

PATHOLOGIE MÉDICALE

BACTÉRIES DANS L'ICTÈRE GRAVE

Par G. NEPVEU et Ch. BOURDILLON.

Le Dr Ch. Bourdillon, chef de clinique du professeur Laget, médecin de l'Hôtel-Dieu, de Marseille, a bien voulu me confier l'étude histologique d'un foie provenant d'un ictère grave à forme insidieuse, observé dans le service de son maître.

ICTÈRE GRAVE A FORME INSIDIEUSE

Observation par M. le Dr CH. BOURDILLON, *chef de clinique.*

Le nommé X..., berger, originaire de Sisteron, et âgé de 66 ans, entre le 22 mai 1892 dans le service de M. le professeur Laget, à l'Hôtel-Dieu, pour des troubles graves de la santé remontant à deux mois.

Les renseignements sur ses ascendants sont négatifs.

Il ne paraît avoir jamais eu de fièvre intermittente, et n'avoir jamais séjourné dans une région à malaria. Il nie toute habitude alcoolique et tout accident syphilitique dont on ne retrouve au reste aucune trace sur lui. Sa santé habituelle aurait toujours était satisfaisante, bien qu'il ait toujours été maigre et d'un teint bronzé.

Sa maladie *ne date que de deux mois*. Elle aurait débuté insidieusement par un ictère progressivement croissant, par de l'anorexie, de la *diarrhée fétide*, une lassitude, un affaiblissement et un amaigrissement devenus rapidement extrêmes.

Il a l'aspect d'un cachectique, est d'une maigreur et d'une faiblesse excessives, pouvant à peine s'asseoir pour se prêter à l'auscultation et répondant avec difficulté aux questions qu'on lui pose. L'œil est terne. Les conjonctives sont ictériques. Sa peau est sèche, rugueuse, et se laisse plisser par la pression des doigts. Elle est d'une coloration jaune verdâtre, foncée et presque bronzée. Pourtant le malade assure que sa jaunisse n'existe que depuis le mois d'avril.

L'appétit, normal avant cette époque, a disparu presque complètement sans qu'il y ait un dégoût électif pour les aliments carnés ou gras. La soif n'est pas exagérée et ne l'a jamais été. La langue est blanchâtre, sèche, rouge sur les bords. *Pas de vomissements*; après une courte période de constipation au début, est survenue une diarrhée fétide, et actuellement les selles sont abondantes, d'odeur infecte, malgré l'usage du naphtol, du salol, puis du benzo-naphtol, auquel il a été soumis depuis son entrée. Elles ont la couleur, sinon la consistance du mastic. Vers les derniers jours, elles sont devenues plus jaunes, jamais elles n'ont contenu de matières grasses.

Le ventre est ballonné, présentant un tympanisme qui disparait dans les parties latérales, où la matité augmente par l'inclinaison sur le côté, traduisant ainsi la présence d'un léger épanchement ascitique.

La percussion du foie et de la rate ne révèle aucune modification du volume de ces organes, au niveau desquels il n'existe aucune douleur spontanée ou provoquée. Il n'y a pas non plus de douleur dans les autres points de l'abdomen ni à l'épaule droite.

Pas de toux ni d'expectoration. Mais submatité et obscurité de la respiration aux parties supérieures des deux poumons, surtout à droite.

L'examen du cœur ne révèle aucun bruit anormal, mais seulement la faiblesse du choc et des bruits. Le pouls est du reste petit, dépressible, sans accélération, ni ralentissement, ni intermittences.

Les urines, diminuées de quantité (700 grammes environ par vingt-quatre heures), sont d'une couleur vert foncé et ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni cylindres. Le dosage de l'urée n'a pas été fait.

Depuis le début des accidents jusqu'au dernier jour, il n'y a jamais eu aucune manifestation hémorragique (ni épistaxis, ni purpura, ni stomatorrhagie, ni hématémèse, ni melœna, ni hématurie, etc.).

La température qui, le premier jour, était à 39 degrés, est tombée dès le lendemain à 37 degrés, pour descendre ensuite au voisinage de 36 degrés, et cela jusqu'à la mort.

La prostration s'accentue de jour en jour sans avoir jamais été troublée par des phénomènes d'excitation nerveuse; et le malade, sans dyspnée, sans souffrance, mais se refroidissant peu à peu, finit par s'éteindre dans le coma.

L'examen du sang n'a pas pu être fait.

L'aspect cachectique, la maigreur extrême, l'âge avancé du malade avaient tout d'abord fait penser à un cancer viscéral. Et l'absence de douleur et de tumeur hépatiques, de toute modification de volume du foie, de tout accident lithiasique antérieur portait à rejeter l'hypothèse d'un néoplasme de cet organe ou des voies biliaires.

Au contraire, l'amaigrissement extrême, l'aspect général du sujet, la coloration de ses téguments plaidaient en faveur d'un cancer du pancréas, siégeant au niveau de la tête de cet organe et ayant finalement comprimé les gros canaux biliaires, ce qui expliquait l'ictère. Mais il n'y avait ni polydipsie, ni sucre dans les urines, ni matières grasses dans les selles, c'est-à-dire aucun des signes qui eussent pu confirmer la présomption d'une lésion pancréatique.

Il fallut donc revenir à un diagnostic qui s'était également présenté à l'esprit dès l'abord, mais que l'on avait cru devoir écarter jusqu'à l'apparition de nouveaux phénomènes; c'est celui d'ictère grave. En faveur de cette maladie, il y avait l'ictère, l'abaissement de la température, l'état de stupeur, d'affaiblissement, de prostration, tout cela remontant à une date relativement récente. Mais l'absence complète de toute manifestation hémorrhagique ne cadrait guère avec le tableau ordinaire de l'ictère grave. Toutefois, malgré cette lacune, ce diagnostic resta jusqu'à la fin le plus probable.

L'évolution lente et insidieuse des accidents, dont le tableau était du reste incomplet, semblait contraire à la pensée d'un ictère grave primitif.

D'autre part, on ne relevait aucune maladie générale infectieuse actuelle, aucune lésion antérieure du foie ou des voies biliaires (cirrhose, cancer, syphylis hépatique, lithiase, etc.). On pensa toutefois, en raison de l'âge du malade, qu'il pouvait bien y avoir quelque lésion préalable, de nature indéterminée, du parenchyme hépatique.

L'autopsie a été faite le 1er juin, vingt-quatre heures après la mort; déjà le cadavre se trouvait dans un état de décomposition manifeste, il s'en échappait une odeur infecte.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du liquide ascitique en quantité modérée (2 ou 3 litres).

Le foie a un volume à peu près normal. Il n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins. *Sa surface est parsemée de nombreux petits îlots étoilés et blanchâtres qui ne pénètrent pas dans l'intérieur du parenchyme.* A la coupe, celui-ci n'est pas granulé, mais uniforme et de coloration un peu jaunâtre. La vésicule biliaire contient peu de bile et est vide de tout calcul.

Les reins sont un peu volumineux et congestionnés, mais l'aspect microscopique en est peu modifié. Les capsules surrénales sont saines.

Il n'y a aucune lésion du pancréas, ni de l'intestin.

Le cœur, un peu mou et jaunâtre, n'offre aucune trace d'endocardite, sur la lésion valvulaire, ni de péricardite.

Le sang est un peu diffluent et noirâtre.

Les plèvres présentent des adhérences avec la paroi des deux côtés, surtout à droite, et dans leur moitié supérieure.

Les poumons paraissent sains et ne présentent pas trace d'altérations tuberculeuses.

Étude histologique, par M. le Dr G. Nepveu.

Les pièces ont malheureusement été recueillies un peu peu tard, vingt-quatre heures après la mort, et le cadavre éprouvait déjà, par nos températures sénégaliennes, un commencement de décomposition. Les lésions que j'ai pu observer sur le foie ne sont pas dues à des altérations cadavériques, comme j'espère le démontrer.

Les morceaux de foie avaient été durcis dans la liqueur de Müller, puis dans l'alcool ou la gomme arabique; les coupes colorées par le brun de Bismarck, le violet de gentiane ou mieux encore par l'hématoxyline ou la fuchsine phénolée; l'hématoxyline, naturellement filtrée et stérilisée au préalable, s'est montrée supérieure à tous les autres réactifs.

Les cellules hépatiques sont partout et sans exception atrophiées, parfois encore reconnaissables, mais à l'état de véritables ombres, parfois au contraire presque entièrement effacées et détruites et reconnaissables seulement à leur pigment; la plupart renferment en effet une grande quantité de pigment, rougeâtre ou jaune intense. Elles n'ont plus de noyaux et ne se colorent plus d'aucune façon, aussi les microbes se détachent-ils très bien sur l'ensemble de la coupe. L'ordonnance habituelle du foie ne se reconnaît plus, ni les espaces de Kiernan, ni la veine centrale. De temps à autre on trouve des îlots de tissu conjonctif assez larges et assez étendus, le foie a subi, semble-t-il, par place, une augmentation de volume du tissu conjonctif. Les vaisseaux capillaires sont reconnaissables, mais leur contenu est à peine indiqué; il est impossible de reconnaître les vaisseaux biliaires; partout, de nombreuses granulations graisseuses, granuleuses, pigmentaires estompent et détruisent la vue nette des lésions que la destruction des divers éléments du foie obscurcissait déjà.

Ce qui nous importait le plus, c'est la présence des microbes. Grâce à l'emploi de l'hématoxyline, j'ai pu me rendre compte exactement d'assez nombreux détails à ce sujet.

Tout d'abord je ferai remarquer que nous avons à faire à des microcoques rarement réunis deux à deux ou par quatre, le plus ordinairement réunis en chaînettes; il s'agissait de streptocoques. Ces streptocoques étaient de volume variable, tantôt extrêmement fins, tantôt un peu plus volumineux; ils ressemblent dans leur variété la plus fine à ceux de l'érysipèle, le plus souvent ils sont réunis en foyers, en amas irréguliers très denses et très épais, formant dans les capillaires sanguins dilatés de véritables boudins d'où partent, soit d'élégantes chaînettes, de huit, dix, douze articles qui s'entre-croisent dans tous les sens et entourent les globules rouges, soit encore par groupes de deux ou quatre microcoques. Ces foyers microbiens sont rares, on n'en trouve guère que deux à trois sur des coupes très étendues faites au microtome et dans leur intervalle rarement on aperçoit quelques microbes disséminés. C'est sur la constatation de ces foyers complètement isolés, situés dans les capillaires sanguins, que je m'appuie principalement pour prouver leur existence pendant la vie. Autour de ces foyers vasculaires, on remarque quelques microbes situés en dehors des capillaires, le long de leur paroi, dans le tissu conjonctif si fin du foie; ce fait n'a pas lieu de nous étonner, avec la prédilection que l'on sait de ces microbes pour le tissu con-

jonctif ; jamais je n'ai pu en trouver le moindre dans les cellules hépatiques ou encore dans les voies biliaires, les capillaires et secondairement le tissu conjonctif ambiant ; tels sont, sur notre observation, les points d'élection de ces microbes, qui semblent ainsi jouer un rôle analogue à celui du streptocoque pyogène, analogie d'autant plus permise que j'ai pu trouver par places un assez grand nombre de globules blancs. En résumé : développement embolique intracellulaire et cellulite périvasculaire localisée, tel me semble devoir être le résumé de mes observations.

Malheureusement, je n'ai pu procéder à des recherches de culture. Pour n'être pas complète à ce point de vue, cette observation ne me semble pas moins mériter quelque attention. Nous avons là le même microbe que quelques auteurs déjà ont observé plusieurs fois depuis que Boinet et Boy-Tessier l'ont reconnu et décrit pour la première fois. Je ne veux pas dire que ce soit là un microbe spécifique et spécialement producteur de l'ictère grave.

De même qu'on a décrit des ostéomyélites à streptocoque, à staphylocoque, dans l'ictère grave, l'atrophie jaune aiguë du foie, on peut trouver d'assez nombreuses variétés et cette multiplicité de formes ne fait que souligner encore leur importance, leur rôle n'est peut-être qu'épisodique et non génétique purement, ils pullulent parce qu'ils ont trouvé un milieu de culture favorable.

L'étude comparative des résultats obtenus par les quelques auteurs qui ont étudié ce point important ne fait que confirmer ce que j'avance :

1° *Bacilles courts et gros.* — Klebs a trouvé ces bacilles dans l'atrophie jaune aiguë du foie dans les conduits biliaires, autour des vaisseaux. Son malade avait eu des hémorrhagies et des ulcérations de l'estomac ;

2° *Staphylocoque doré.* — Girode, après un cas d'avortement suivi d'ictère grave, a observé le staphylocoque doré. Le Gall a obtenu des cultures de staphylocoque doré avec le sang d'un cas d'ictère grave ;

3° *Streptocoque.* — Rovighi (1886) a trouvé des streptocoques dans un cas d'angiocholite grave avec un abcès du foie (*Revista clinica* de Bologna, 1886 ; Ascessi multipli del fegato da angiocolite grave).

Cornil et Babès (t. I, p. 554) ont signalé des streptocoques dans les vaisseaux du foie ; les cellules hépatiques ne se coloraient plus, les cultures faites étaient très virulentes, la lésion hépatique était une septicémie avec dégénérescence totale du foie ; notre observation se range à côté de celles-ci, la lésion hépatique était complexe : à côté des îlots de tissu conjonctif assez étendus et étoilés, il faut noter l'atrophie jaune aiguë de tout le parenchyme.

Microcoques. — Sous ce terme un peu vague nous rangeons les observations suivantes :

Boinet et Boy-Tessier, qui les premiers ont décrit dans les cellules hépatiques et dans le sang pendant la vie des microcoques associés en diplocoques ou réunis par 4 ; *Eppinger*, de Prague (*Prager Vierteljahrschrift*, 1875), qui signale des microbes ronds ; *Balzer* (in *Revue mensuelle*, 1882, 31, 32), qui décrit le même organisme ; *Hlava*, de Prague, qui décrit chez une femme enceinte morte avec de l'œdème des jambes, des ulcérations cutanées tous les phénomènes de l'ictère grave. De grandes bactéries rondes enzooglées s'observaient dans les conduits biliaires, l'infection se serait faite par la veine porte et l'intestin ; enfin *Ziegler*, p. 583, t. II, a trouvé des zooglées formées de cocci à l'intérieur des capillaires et souvent dans les veinules centrales, dans des cas d'atrophie jaune aiguë du foie. Waldeyer (*Virch. Arch.*, 42, 553) a trouvé dans l'atrophie jaune aiguë du foie que les masses pigmentaires étaient toujours intimement unies à des colonies bactériennes, dans une autopsie quatre heures et demie après la mort.

On le voit, il semble possible actuellement d'entrevoir, mais pas encore, malheureusement, de décrire complètement diverses formes bactériennes dans cet ensemble de lésions hépatiques qu'on décrit en clinique sous le nom d'ictère grave et que parfois les anatomistes désignent soit comme l'atrophie jaune aiguë du foie, soit comme une septicémie, soit encore comme une intoxication... Un avenir très prochain permettra d'aller plus loin et de signaler ici comme pour l'ostéomyélite, comme la pleurésie, la pneumonie, diverses variétés bactériennes.

CHIMIE

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES EAUX MINÉRALES CONSERVATION DE CES EAUX (1)

Par M. P. PARMENTIER.

Toutes les personnes qui se sont occupées de l'étude des eaux minérales savent qu'une des premières difficultés qui se présentent dans cette étude, c'est celle d'avoir dans les laboratoires une eau identique à ce qu'est cette eau à la source. Un grand nombre d'eaux minérales mises en bouteilles donnent naissance à des précipités, d'autres à des altérations plus ou moins profondes, qu'on ne peut déceler que par une étude minutieuse.

Nous occupant de la question des eaux minérales depuis plusieurs années, nous avons cherché un moyen d'avoir pour l'analyse et les recherches une eau identique à celle de la source, et à opérer sur des liquides bien définis. Nos études ont surtout porté sur les eaux minérales de la région du Centre, dont la plupart rentrent dans le type des eaux bicarbonatées.

Cette question a une importance théorique et pratique.

Dans les laboratoires officiels chargés de l'analyse des eaux minérales, existe une divergence de vue et une manière différente d'opérer. Certains chimistes, et nous sommes de ceux-là, considèrent que l'analyse d'une eau doit porter sur la totalité des principes contenus dans cette eau au moment où elle coule claire à sa source. D'autres n'admettent comme faisant partie de l'eau et devant être soumise à l'analyse, que la portion claire contenue dans les récipients, cette portion seule étant livrée à la consommation, le précipité restant dans la bouteille. Cette dernière opinion ne saurait être admise, la nature et la quantité de précipité variant d'une bouteille à l'autre, comme nous l'avons souvent vérifié.

De là, pour une même source, des divergences dans les résultats fournis par différents laboratoires, divergences non imputables souvent à la plus ou moins grande habileté

(1) Académie des Sciences, 23 mai 1892.

des opérateurs, mais à un point de départ différent. De là aussi souvent des difficultés, d'ordre administratif, fort regrettables. Nous pourrions citer telle source renfermant plus de 0 gr. 2 de protoxyde de fer réel (non compris le manganèse et l'alumine), pour laquelle une analyse officielle indique une teneur de quelques milligrammes seulement, sans parler des autres divergences très considérables.

D'après nos études, toutes les eaux minérales qu'on trouve dans la région du centre sont des eaux prenant naissance dans une atmosphère d'acide carbonique *pur*. Cet acide carbonique dépasse comme pureté tout ce que la meilleure préparation de laboratoire peut fournir. Si l'on recueille de ce gaz dans une éprouvette sur l'eau de la source, et qu'on introduise dans l'éprouvette un fragment de potasse récemment fondue, et, par conséquent, non aérée, après dissolution de la potasse, on obtient, en renversant l'éprouvette bouchée avec le doigt, le bruit sec du marteau d'eau, ce que l'on n'obtient pas avec de l'acide carbonique préparé artificiellement.

Ces eaux, ayant pris naissance dans une atmosphère d'acide carbonique pur, sont toujours embouteillées dans des récipients pleins d'air, de la même façon qu'on embouteille le vin. La présence de cet air exerce une action chimique et une action physique.

L'action chimique consiste à peroxyder le fer, le manganèse, qui sont précipités en entraînant avec eux l'acide phosphorique, l'arsenic, etc.

L'action physique consiste à troubler l'état d'équilibre stable de la solution saturée d'acide carbonique. En effet, une solution saturée d'un gaz est troublée dans son équilibre par la présence d'un autre gaz. Pour préparer une eau de Seltz de valeur, Berzélius a conseillé de purger l'eau employée des gaz qu'elle contient, par plusieurs lavages à l'acide carbonique, aussi pur que possible. Une eau minérale naturelle, quoique saturée d'acide carbonique, ne mousse pas; une eau artificielle voulant l'imiter mousse, quoique chargée de moins d'acide carbonique.

Quand donc une eau saturée d'acide carbonique arrive dans un récipient plein d'air, son état d'équilibre est troublé. Il y a suroxydation de certains principes et départ d'acide carbonique. De là, formation de dépôts complexes et variables suivant la façon dont l'embouteillage a été fait.

Si, au contraire, on reçoit cette eau dans une atmosphère d'acide carbonique *pur*, elle se trouve dans les mêmes conditions que dans le sol et l'on a de l'eau identique à ce qu'elle est à la source. Nous insisterons sur le mot *pur* pour l'acide carbonique : il ne suffit pas que l'on emploie des récipients à peu près purgés d'air. Il faut que ni l'eau ni l'acide carbonique n'aient pu prendre de l'oxygène à l'air.

Un des moyens que nous avons employés pour arriver à ce résultat consiste à remplir les bouteilles bien propres avec l'eau minérale sortant de la source, eau qu'on laisse séjourner un moment. Cette eau déplace l'air et dissout celui qui adhère au parois de la bouteille. On la remplace ensuite par de l'acide carbonique pur, et c'est dans cet acide carbonique que l'on fait écouler l'eau de la source en remplissant les bouteilles par le bas. En bouchant rapidement avec des bouchons fortement comprimés et bien lavés à l'eau minérale, on est sûr de ne plus voir de précipité se former. Il suffit d'avoir soin d'empêcher la dessiccation du liège en ne laissant pas trop longtemps les bouteilles debout. Nous conservons de l'eau minérale depuis plus de deux ans, sans trace d'altération, la saveur de cette eau étant celle qu'elle a à la source même, quoique cette eau, embouteillée à la façon ordinaire, donne un précipité abondant. On peut encore avoir de l'eau inaltérable avec des récipients bitubulés qu'on lave par un courant d'eau minérale avant de les boucher.

On ne saurait croire combien rapidement est absorbé par une eau minérale l'oxygène de l'air. Une source mal captée ou dont l'eau coule dans des canalisations défectueuses est troublée avec une rapidité étonnante.

Les eaux minérales sont encore altérées par les microorganismes. Les sources dont nous parlons sont stériles complètement; mais au voisinage de leurs orifices d'écoulement se développent des organismes nombreux et spéciaux pour chaque source, organismes dont l'étude se poursuit en bien des points. Les germes de ces organismes, mis en suspension dans l'air ou déposés sur les récipients, se développent dans les eaux transportées. Nous n'en avons jamais trouvé dans nos bouteilles en opérant soigneusement.

Il convient d'ajouter que, contrairement à l'opinion admise, l'influence de la lumière sur les eaux minérales bicarbonatées est nulle.

Cette question intéresse aussi la médecine. Les effets thérapeutiques d'une eau transportée, même de l'eau d'une source froide, ne sont pas les mêmes que ceux de l'eau bue à la source. Les altérations chimiques produites influent forcément sur les effets physiologiques. Certaines eaux fort altérables sont livrées à peu près claires à la consommation; mais cet effet est le plus souvent obtenu en ne livrant l'eau qu'après l'avoir laissée déposer dans des bassins de décantation. Il ne nous semble pas bien difficile, pratiquement, d'embouteiller les eaux minérales dans les récipients remplis de l'acide carbonique pur des sources et de livrer aux malades une eau identique à ce qu'elle est à sa source.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Deuxième note sur les variations de la thermogenèse dans la maladie pyocyanique,

Par MM. Charrin et P. Langlois.

(*Travail des laboratoires de physiologie et de pathologie générale de la Faculté de médecine.*)

Dans une note précédente (Société de Biologie, séance du 21 mai 1892), nous avons indiqué, avec la technique employée, les résultats que nous avions obtenus en étudiant la radiation calorique chez des lapins ayant reçu des cultures virulentes du bacille pyocyanique. Les traces indiquaient d'une façon précise une diminution très marquée dans la radiation chez les animaux ayant reçu la culture virulente.

Il nous a paru intéressant de continuer les recherches en utilisant non plus les cultures virulentes, mais les cultures stérilisées, ne renfermant plus que les toxines au lieu d'un agent toujours délicat à manier et à doser comme les cultures virulentes, nous avions aussi une substance dont il

était plus facile de graduer l'action, en modifiant les doses.

L'injection de 6 centimètres cubes de la culture à un lapin de 2 kil. 900 n'amène aucune modification appréciable dans la température rectale, ni dans les allures générales de l'animal. Cependant cette dose minime suffit pour amener une diminution sensible dans la radiation calorique, diminution qui persiste plusieurs jours après l'injection, les mesures ont été prises pendant cinq jours, avant l'injection d'une nouvelle dose :

	Date		Poids	Température rectale	Calories	Température extérieure
	—		—	—	—	—
			kil.		p. k. p. h.	
I........	15 juillet		2.900	39°,2	3,300	20°
II........	16 —	(1)	2.800	39	3,050	18°
III........	18 —		2.750	38°,75	3.000	17°,7
IV........	19 —		2.700	39°,75	2.800	18°
V........	20 —		5.750	38°, 80	2.900	17°
VI........	29 —	(2)	2.750	38°,65 / 36°,8	2.000	16°

Cette dernière expérience est particulièrement intéressante en ce qu'elle montre l'action immédiate des poisons solubles sur la radiation. Le chiffre de 2.900 que nous donnons dans l'expérience V, est établi par le calcul d'après les premiers éléments de la courbe pendant les trente-cinq premières minutes. A ce moment, en effet, on retire l'animal pour lui faire l'injection, et pendant le temps nécessaire pour l'injection de 35 centimètres cubes dans l'oreille et la lecture de sa température rectale, on place dans le calorimètre, un animal de même poids, normal, l'ascension du manomètre indique immédiatement une radiation supérieure à la précédente, et quand on remplace le lapin sain par l'animal injecté, on constate immédiatement un abaissement puis un temps d'arrêt dans la colonne manométrique qui sert à mesurer la dilatation de l'air de l'enceinte circulaire. La radiation calorique est diminuée de 30 p. 100. En employant une dose aussi forte (mortelle dans les six ou huit heures), on note non seulement une diminution dans la radiation, mais aussi un abaissement de la température rectale très marqué : 2 degrés en quarante minutes.

Étant donné que la radiation calorique présente une diminution constante, proportionnelle, ainsi que nous l'a montré une série d'autres expériences faites avec des animaux différents, à la quantité de produits solubles injectés, que la température centrale ne subit que de faibles oscillations, 39°,2 à 37°9 pour les doses qui n'entraînent pas rapidement la mort, on est conduit à admettre que dans les cas observés, les combustions interstitielles ont été ralenties, la diminution dans la radiation cutanée permettant à l'animal de maintenir sa température centrale intacte (3).

Il existe dans nos recherches une lacune, le bacille pyocyanique détermine parfois, ainsi qu'il l'a été montré bien des fois, de l'hyperthermie. Que devient la radiation dans ce cas ? Dans toutes nos recherches actuelles, nous n'avons pu obtenir une élévation thermométrique supérieure à 39°,2, il nous est donc impossible de parler de la radiation dans l'hyperthermie pyocyanique.

(1) Le 15 juillet, après son séjour dans le calorimètre, le lapin avait reçu 6 centimètres cubes de la culture stérilisée.

(2) Le 20 juillet, il reçoit, après un premier séjour dans le calorimètre, 35 centimètres cubes de la même culture.

(3) M. Henrijean, dans ses recherches avec le même virus, a vu également que le chiffre d'oxygène diminue parfois sans que la température soit modifiée ; quant à ses mesures calorimétriques, elles lui ont donné des résultats très variables.

Contribution à l'étude du développement des vaisseaux et des globules sanguins dans l'épiploon des embryons de cobayes,

Par MM. Toupet et Ségall.

En étudiant l'épiploon des embryons des cobayes, fixé soit par la liqueur de Flemming, soit par l'acide chromique, ou picrique, coloré ensuite à l'hématoxyline et éosine en solution aqueuse, notre attention a été attirée sur certains grands éléments, la plupart en karyokinèse, et qui tous ont paru correspondre aux cellules vaso-formatives de M. Ranvier.

Ces éléments se présentent tantôt isolés, allongés, avec un peloton chromatique central, ou avec une plaque équatoriale, ou deux plaques polaires ; en somme, à toutes les phases de la division indirecte.

Nous avons trouvé aussi deux de ces éléments en train de s'anastomoser, l'un à un état de repos, et l'autre en karyokinèse.

Dans d'autres parties de nos préparations, nous avons trouvé des cellules en karyokinèse, faisant partie d'un petit système canaliculé au centre duquel il y avait des globules rouges.

M. Ranvier, dans ses belles recherches sur la formation des vaisseaux, dit que les globules rouges apparaissent dans les cellules vaso-formatives ; nous n'avons observé des globules rouges que dans un système canaliculaire déjà formé ; par contre, dans certains autres éléments distincts des cellules vaso-formatives et analogues à des leucocytes mono et polynucléaires, nous avons trouvé tantôt des granulations éosinophiles, d'autres fois des éléments ressemblant à des globules sains, tantôt enfin des globules rouges à l'état adulte.

Nous pensons donc que dans l'épiploon des embryons cobayes, il existe des cellules vaso-formatives distinctes des cellules hémo-formatives.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Modification du sérum chez les animaux prédisposés à l'infection streptococcique,

Par M. Roger.

Dans un travail antérieur (1) j'ai montré que le sérum des lapins vaccinés contre le microbe de l'érysipèle, acquiert la propriété d'atténuer les streptocoques virulents qu'on sème.

(1) Roger. Modification du sérum à la suite de l'érysipèle. *Société de Biologie*, 25 octobre 1890.

L'inoculation sous-cutanée d'une culture développée dans le sérum d'un lapin neuf produit, par exemple, un érysipèle extrêmement étendu et rapidement mortel; l'inoculation de la même quantité d'une culture, faite dans du sérum provenant d'un animal vacciné ne produit qu'une lésion légère et rapidement curable. Les résultats sont semblables, quand on étudie la virulence des microbes, non plus au moyen d'inoculations sous-cutanées mais au moyen d'injections intra-veineuses; dans ces conditions, la culture dans le sérum normal tue en quelques jours; la culture dans le sérum des vaccinés ne tue pas ou tue tardivement (1).

Il fallait rechercher dès lors ce que devenait la virulence du streptocoque quand on le semait dans du sérum d'*animaux prédisposés*.

On peut facilement augmenter la sensibilité du lapin à l'action du streptocoque. Il suffit d'injecter dans les veines une certaine quantité d'une culture développée à l'abri de l'air et filtrée sur porcelaine; les animaux ainsi préparés succombent bien plus vite que les animaux neufs, quand on les inocule plus tard avec une culture virulente. J'avais déjà constaté (2) que chez les animaux prédisposés, les propriétés bactéricides du sérum étaient notablement affaiblies (3). On sème une très petite quantité de streptocoques dans du sérum de lapin normal et dans du sérum de lapin prédisposé, l'examen microscopique, pratiqué au bout de vingt-quatre heures démontre, dans le deuxième milieu, un bien plus grand nombre de microbes; mais les différences s'effacent bientôt et, au bout de deux ou trois jours, les deux cultures sont également riches en éléments figurés; reste à savoir si elles sont également nocives.

Pour répondre à cette nouvelle question, j'ai cultivé le streptocoque dans les deux espèces de sérum et, trois jours après l'ensemencement, alors que le développement numérique était identique, j'ai inoculé les deux cultures à des lapins, par voie intra-veineuse. Les résultats ont été extrêmement nets : constamment, les animaux qui ont reçu la culture développée dans le sérum des prédisposés ont succombé avant ceux qui ont reçu la culture dans le sérum normal.

DU CHOLÉRA CHEZ LES CHIENS,

Par M. N. GAMALEÏA.

L'étude expérimentale du choléra chez les chiens, inaugurée par Nicati et Rietch et Cantani, présente un intérêt considérable à différents points de vue. Ainsi, les chiens sont plus sensibles aux poisons cholériques que la plupart d'autres animaux de laboratoire. Ils se prêtent aussi mieux aux opérations.

Nous parlerons ici des effets de l'introduction intraveineuse, chez les chiens, du vibrion cholérique.

Nous avons employé pour cette injection ou les cultures très toxiques, préparées dans le bouillon de pieds de veau, ou bien le virion exalté dans sa virulence par le passage à travers la plèvre des cobayes et des rats (1).

Voici les principaux résultats que nous avons obtenus :

1° La maladie cholérique chez le chien présente beaucoup d'analogie avec celle de l'homme. Elle est caractérisée par la diarrhée sanguinolente ou riziforme et surtout par des vomissements qui peuvent durer plusieurs heures. Les animaux périssent avec des crampes.

2° A l'autopsie, on trouve tout le canal digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum inclusivement, profondément altéré. La muqueuse du canal gastro-intestinal est sanguinolente, ainsi que son contenu. A l'examen microscopique, on constate dans celui-ci l'épithélium desquamé. Les lésions histologiques de la muqueuse sont très prononcées. Toute la couche épithéliale a subi une formidable infiltration leucocytaire. Le protoplasma des cellules épithéliales est granuleux et arrondi ainsi que les noyaux. Dans la couche épithéliale et dans les papilles, de nombreuses hémorrhagies.

3° Les chiens sont encore remarquables par la rapidité avec laquelle ils acquièrent l'immunité contre le choléra. Le lendemain, après l'injection du virus insuffisant pour les tuer, mais produisant un malaise général et des vomissements, les chiens deviennent réfractaires aux quantités très grandes des cultures mortelles pour les témoins. On les vaccine aussi très facilement par les vaccins chimiques que j'avais décrits (2).

REVUE DES JOURNAUX

UROLOGIE ET TOXICOLOGIE. — HÉMATOPORPHYNURIE ET SULFONALISME.

I. — SUR LA PRÉSENCE DE L'HÉMATOPORPHYRINE DANS L'URINE, par le professeur L. SALKOWSKI. (*Centralblatt für die gesam. Wissenschaften*, 1892, n° 8, p. 124.)

II. — SUR LA PRÉSENCE ET LA RECHERCHE DE L'HÉMATOPORPHYRINE DANS LES URINES, par LE MÊME. (*Zeitschrift für physiologische, Chemie*, t. XV, p. 286.)

III. — SUR L'HÉMATOPORPHYRINE DANS L'URINE, par O. HAMMARSTEN. (*Skand. Archiv für Physiologie*, t. III, p. 319.)

IV. — SUR L'URÉRYTHRINE ET L'HÉMATOPORPHYRINE DANS L'URINE, par le Dr L. SOJA. (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften*, 1892, n° 32, p. 705.)

I. — L'hématoporphyrine est une matière colorante rouge, qu'on obtient, en faisant agir de l'acide sulfurique concentré sur l'hémine du sang. L'hématoporphyrine ne contient pas de

(1) J'ai reconnu également (*Revue générale des sciences*, 30 juin 1891) que le pneumocoque s'atténue dans le sérum des animaux réfractaires. Ce résultat a été confirmé par M. Arkharow (*Archives de médecine expérimentale*, 1er juillet 1892) qui a bien établi qu'il s'agit réellement d'une atténuation de la virulence.

(2) Roger. Action des produits solubles du streptocoque. *Société de Biologie*, 4 juillet 1891.

(3) Les belles recherches de Bakunin et Boccardi (Richerche sur la proprieta battericida del sangue in diversi stati dell' organismo. *La Riforma medica*, 1891, vol. III, p. 445) ont montré également que les propriétés bactéricides du sérum s'affaiblissent quand diminue la résistance de l'organisme à l'infection.

(1) Pour ces dernières expériences, nous nous sommes servi du virus cholérique que M. Ketscher, au laboratoire de M. Strans, avait réussi à obtenir par le passage à travers les cobayes.

(2) Cette communication était suivie d'une démonstration de l'intestin du chien tué par le choléra la veille, ainsi que d'une coupe d'un intestin semblable.

fer. Sa constitution élémentaire est réflétée par la formule $C^{32}H^{34}AzO^{5}$.

Cette substance, découverte par Nencki, présente des caractères spectroscopiques *sui generis*, dont il sera question plus loin, à propos du travail de M. Soja. Elle offre pour le médecin un intérêt pratique, en ce sens qu'on la voit apparaître dans les urines sous l'influence de certains agents médicamenteux, du sulfonal notamment, ainsi qu'il résulte des travaux dont nous allons rendre compte. Or, l'hématoporphyrine traduit une altération grave de la crase sanguine.

I. — M. Salkowski a été chargé d'examiner des échantillons d'urines, provenant de trois femmes malades, offrant tous les trois une teinte d'un rouge foncé, qui frappait à première vue. L'analyse chimique a décélé la présence de quantités notables d'hématoporphyrine dans ces urines. C'est la première fois, dit l'auteur, que pareille constatation a été faite d'une façon rigoureuse. L'hématoporphyrine a été isolée à l'état de combinaison calcique, mélangée à une petite quantité de phosphate de chaux. L'examen spectroscopique a donné les résultats connus pour appartenir en propre à cette matière colorante.

Les trois femmes dont provenaient ces urines étaient en traitement dans le service du professeur Jastrowitz. Toutes les trois avaient absorbé du sulfonal. Il en était de même d'une malade de Stockvis (*Nederland. Tijdschr. voor Geneeskunde*, 1889, t. II, p. 413), dont les urines contenaient également une matière colorante rouge, qui selon toute vraisemblance devait être de l'hématoporphyrine.

II. — Dans une publication ultérieure, M. Salkowski est revenu plus en détail sur ces recherches. Il a décrit entre autres, le procédé qu'il a employé pour isoler l'hématoporphyrine : addition à l'urine d'un mélange d'eau de baryte et de chlorure de baryum. Lavage du précipité ainsi obtenu, avec de l'alcool contenant de l'acide chlorhydrique. Lorsque l'urine examinée ne renferme que de petites quantités d'hématoporphyrine, il faut la traiter préalablement par de l'acétate basique de plomb, qui précipite l'hématoporphyrine avec les autres matières colorantes contenues dans les urines.

Dans ce second travail, M. Salkowski affirme catégoriquement que l'hématoporphynnrie, chez les malades de Jastrowitz, était due à l'usage du sulfonal. Indépendamment du cas de Stockvis, cité plus haut, il en mentionne deux autres de Ranking et Pardington (*The Lancet*, 1890, t. II, n° 13, p. 607), qui reconnaissaient la même étiologie, et où les analyses chimiques, pratiquées par Russel, Copemann et Mac Munn ont permis d'isoler une matière colorante qui ne devait être autre que l'hématoporphyrine. Ces six observations concernaient toutes des femmes ; il est vrai que depuis lors, M. Salkowski a eu l'occasion d'observer un cas d'hématoporphynurie chez un homme.

Sur les six femmes en question, trois ont succombé. Resterait à savoir si le dénouement fatal était imputable à l'usage du sulfonal, ou à la présence de l'hématoporphyrine dans le sang. Nencki et Sieber, en se fondant sur les résultats des expériences qu'ils ont faites sur des lapins, ont avancé que l'hématoporphyrine n'est point toxique. Au contraire, Salkowski croit à la toxicité de cette matière colorante chez l'homme. En tout cas, l'hématoporphynurie traduit une désorganisation en masse de l'hémoglobine du sang. M. Salkowski estime à 0,gr. 87 *pro die*, la quantité d'hématoporphyrine éliminée par les urines qu'il a eu l'occasion d'examiner. Or, pour former cette quantité d'hématoporphyrine, il a fallu 18gr. 5, c'est-à-dire un 1/32e de la quantité moyenne d'hémoglobine contenue dans le sang.

III. — Dans quatre cas d'affections mentales chez des femmes, M. Hammarsten a constaté la présence de l'hématoporphyrine dans les urines qui présentaient une teinte rouge. Pour séparer l'hématoporphyrine des autres matières colorantes et des chromogènes contenus dans les urines, M. Hammarsten s'est servi avec avantage du procédé de la précipitation fractionnée opérée avec l'acétate de baryte.

Quand on ajoute du chlorure de zinc à une solution ammoniacale d'hématoporphyrine, l'examen spectroscopique du liquide révèle la présence, dans le spectre, de deux raies larges caractéristiques, l'une contiguë à la ligne D, l'autre comprise entre D et E.

Dans les urines de l'une des femmes démentes dont il a été question, on a trouvé une autre matière colorante, d'une constitution chimique très voisine de celle de l'hématoporphyrine, et qui peut être facilement transformée en celle-ci ; l'urine contenait en outre de l'urobiline, et une matière chromogène qui, traitée par l'acide chlorhydrique, a fait apparaître une belle teinte rosée.

Les urines d'une seconde malade contenaient, indépendamment d'une grande quantité d'indigo, de l'hématoporphyrine, de l'urobiline, enfin une matière colorante d'un rouge brun, qui n'appartient pas au groupe de l'urobiline.

L'hématoporphyrine contenue dans les urines de la troisième malade réalisait les caractères identiques à ceux de l'hématoporphyrine de Nencki ; les urines de cette femme contenaient en outre de l'urobiline normale, et une substance d'un rouge brun, indifférente à l'examen spectroscopique. Une partie de l'hématoporphyrine a pu être isolée à l'état cristallin. La malade en question avait absorbé de grandes quantités de sulfonal, par doses quotidiennes de 1 à 2 grammes. C'est lorsqu'elle eut consommé 84 grammes de ce produit, que ses urines ont pris une teinte semblable à celle du vin rouge. On suspendit l'administration du sulfonal pendant quinze jours, et les urines reprirent leur teinte normale, pour redevenir rouges, après six prises quotidiennes de 2 grammes de sulfonal.

Les trois autres malades de M. Hammarsten avaient également absorbé du sulfonal pendant un temps plus ou moins long. Chez l'une d'elles, la teinte rouge des urines, en rapport avec la présence de l'hématoporphyrine, se montra après absorption d'une dose totale de 106 grammes de sulfonal, par doses quotidiennes de 1 à 2 grammes ; l'hématoporphynurie cessa neuf jours après la suspension du traitement.

Chez une autre malade, l'hématoporphynurie cessa cinq jours après la suppression du sulfonal, mais pour réapparaître deux jours plus tard, quoique la malade n'eût pas repris l'usage du médicament somnifère.

En somme, ces faits démontrent bien l'existence d'un rapport étiologique entre l'usage interne du sulfonal et l'hématoporphynurie.

IV. — Dans une note concise, M. Soja, assistant à la clinique médicale de l'université de Parme, fait connaître les résultats de ses recherches concernant la présence de l'uroérythrine et de l'hématoporphyrine dans le sang.

L'auteur constate que l'hématoporphyrine est caractérisée surtout par les résultats que donne l'examen spectroscopique de ses solutions alcalines et de ses solutions acides, par la constitution de ses combinaisons métalliques, par le dégagement de vapeurs de pyrrhol, lors de l'échauffement de l'hématoporphyrine sèche, par le dégagement d'une odeur analogue à celle du skatol, et par la formation d'un corps du groupe urobiline, lorsque l'hématoporphyrine est traitée par l'acide chlorhydrique et par le zinc, par une réaction analogue à celle de Gmelin, lorsque la matière colorante en question est traitée par l'acide azotique.

L'hématoporphyrine de l'urine est identique à celle qu'on obtient en faisant agir des substances réductrices sur l'hématine. Au contraire, l'hématoporphyrine de Munn est, en thèse générale, un mélange d'urobiline et d'hématoporphyrine.

L'hématoporphynurie se manifeste dans des circonstances très variées, mais toujours on voit coexister avec elle une affection du foie ou de quelque autre organe hématopoiétique. Dans les cas où elle atteint un degré considérable, on peut admettre qu'indépendamment de ces altérations organiques, il existe une désorganisation globulaire exagérée.

E. RICKLIN.

BULLETIN

La discussion académique relative aux albuminuries a été reprise mardi par M. Lancereaux, qui est venu faire connaître son opinion personnelle sur cette question encore si embrouillée. D'accord avec ses collègues, M. Lancereaux ne voit dans l'albuminurie qu'un symptôme, il n'en fait pas une maladie, et comme telle il entend la rejeter au deuxième plan dans la hiérarchie des manifestations cliniques des affections rénales. Le fait de la déperdition des principes albuminoïdes par les reins n'a, en réalité, qu'un intérêt secondaire, et l'individu qui ne présenterait que cette modalité excrétoire ne serait pas un malade, au sens véritable du mot. L'état pathologique ne commence réellement qu'avec la lésion du rein, dont l'abuminurie est une des conséquences habituelles. Conséquent avec cette déclaration, M. Lancereaux conteste la gravité de l'albuminurie considérée en elle-même, et l'opportunité des indications qui visent ce symptôme isolément. D'après lui, tout le danger chez les individus atteints de néphrite réside dans le trouble apporté à la dépuration urinaire et dans l'obstacle que les altérations glandulaires apportent à l'élimination des matériaux excrémentitiels. Autrement dit, c'est l'urémie qui est le principal facteur de gravité à la suite de ces altérations, non l'urémie. Telle est, sauf erreur de notre part, la pensée de l'honorable académicien, et cette opinion doit être pesée mûrement, parce qu'elle implique d'importantes conséquences au point de vue thérapeutique.

Ainsi l'utilité du régime lacté paraît moins évidente, elle devient même discutable et quelque peu problématique. En tous cas, ce régime perd beaucoup de l'importance que lui attribuent encore nombre de médecins trop disposés à en faire la médication uniforme, systématique et banale de toute albuminurie, sans distinction de canse et d'origine. Ce doit être ici affaire d'indications, et M. Lancereaux a cherché à préciser celles-ci, en spécifiant les formes de néphrite où l'usage du lait peut être utile, et celles où il doit être rejeté. On pourrait aller encore plus loin, et se demander si l'observance du régime lacté n'est pas susceptible de nuire aux malades, dans des circonstances déterminées. Cette dernière question mérite une certaine attention, elle a été discutée déjà à plusieurs reprises, et nous avons souvenir d'une communication d'un médecin anglais qui, dans un congrès récent, a soutenu que le régime lacté aggrave l'état des individus atteints de polyurie liée à l'existence d'une néphrite interstitielle. En réalité, l'existence où le degré de l'albuminurie importe bien moins que l'élimination des matières excrémentitielles : autrement dit, en matière de néphrites, l'éventualité de l'urémie qui est liée à l'intégrité de cette élimination doit être la préoccupation dominante du médecin et celui-ci doit réserver ses moyens contre un danger toujours à prévoir. Telle est la principale conclusion à tirer des idées que M. Lancereaux est venu exposer, avec l'autorité qui lui appartient.

Le savant académicien a encore soulevé une autre question déjà très souvent abordée et discutée : celle des rapports de l'albuminurie avec le diabète. Ici également on rencontre toute une série d'indications ressortissant à des modes pathogéniques divers et bien mises en lumière par celui auquel nous devons la connaissance du diabète pancréatique. Les idées de M. Lancereaux ont trouvé un contradicteur dans M. G. Sée, qui a cru devoir maintenir toutes ses précédentes propositions relativement au régime spécial qui convient aux albuminuriques. Cette divergence doit être imputée pour une part au désaccord des théories concernant l'origine de l'albumine. Chacun des orateurs se place au point de vue de son expérience personnelle, et, dans ces conditions, l'entente peut être indéfiniment ajournée. Aussi est-il probable que cette question, une des plus difficiles de la pathologie générale, fera encore plus d'une fois sa réapparition dans les discussions publiques.

— M. Bouchard a communiqué, au récent Congrès de Pau, deux faits du plus haut intérêt relatifs au traitement du myxœdème par les injections de suc thyroïdien. Il s'agissait de deux femmes atteintes de myxœdème prononcé, avec tous les phénomènes inhérents à cette maladie. Chez ces malades, l'état général a pu être amélioré considérablement, grâce à des injections répétées de sucs extraits de corps thyroïdes et convenablement préparés. Les résultats, au dire de M. Bouchard, furent à la fois rapides et surprenants et n'admettent guère d'objection. Il est bon d'ajouter que ces injections ne furent pas entièrement inoffensives : après chacune d'elles, les malades éprouvaient des douleurs très prononcées du côté des bras ou de la tête. A part cet effet passager sans gravité réelle, on peut dire que ces injections ont été salutaires et curatrices, au sens véritable du mot. Quel peut être, en pareil cas, le mode d'action du suc thyroïdien? La question est embarrassante, et on retrouve ici les mêmes difficultés et les mêmes inconnues que lorsqu'il s'agit d'expliquer les effets des injections dites stimulantes, envisagées d'une manière générale. Il est vraisemblable que les liquides ou extraits introduits au sein des tissus vont exercer une action dynamogénique sur les centres nerveux, dont ils changent ainsi pour un temps la modalité fonctionnelle. La difficulté d'interprétation se double ici de l'obscurité qui enveloppe encore à l'heure présente la physiologie de la glande thyroïde. Cet organe exerce-t-il une influence spéciale et directe sur le système nerveux; ou bien possède-t-il une fonction chimique, et fabrique-t-il des principes utiles au bon fonctionnement des organes?

M. Bouchard a institué des expériences qui feraient pencher la balance en faveur de la deuxième hypothèse. Quoiqu'il en puisse être, on doit enregistrer les deux faits rapportés par lui comme un document précieux pour l'histoire d'une maladie dont le traitement, faute de connaissances étiologiques précises, a été jusqu'à présent livré aux inspirations issues des théories particulières et à l'empirisme. On peut y voir encore un appoint sérieux en faveur de la méthode thérapeutique vraiment nouvelle à laquelle M. Brown-Séquard a désormais attaché son nom. Peut-être aussi la physiologie du corps thyroïde est-elle appelée à bénéficier des recherches à instituer dans une voie où, à défaut de résultats nettement démonstratifs, on est sûr de trouver une parfaite innocuité.

P. M.

NÉCROLOGIE

Le Dr Henri Gueneau de Mussy, que nous avons conduit lundi dernier à sa dernière demeure, était le fils d'un médecin de l'Hôtel-Dieu, quelque temps directeur de l'École normale, membre de l'Académie de médecine dès 1823, homme d'un savoir réel et d'un grand caractère, dont Dubois (d'Amiens) a prononcé un éloge ému, sans la moindre critique, contrairement à ses habitudes.

Henri Gueneau de Mussy avait choisi tout d'abord le service de santé de la marine, qui plaisait à ses goûts de voyageur et d'artiste, mais il y renonça sur les instances de sa famille, et il fit partie de la promotion des internes de 1840. Docteur en médecine et chef de clinique en 1844, médecin des hôpitaux en 1845, il avait concouru pour l'agrégation en 1848, mais, en raison des relations de sa famille avec la maison d'Orléans, et sur les instances de Chomel, il alla se fixer à Londres, près de Louis-Philippe, et il se mit à pratiquer la médecine. Très ami de la régularité en toutes choses, et bien que l'exercice de la médecine fut absolument libre en Angleterre, comme il l'est encore aujourd'hui, il passa l'examen nécessaire devant le collège des médecins de Londres et fut nommé membre du dit collège. Son aménité, sa grande honnêteté lui assurèrent bientôt une position enviable, qu'il méritait à tous égards. Rentré en France en 1870, il reprit sa place dans les diverses sociétés dont il faisait partie, s'occupant surtout d'hygiène, de la protection de l'enfance etc., et il entra facilement à l'Académie de médecine en 1878. Henri Gueneau de Mussy a peu écrit. On lui doit deux bonnes thèses sur *l'apoplexie pulmonaire* (1844) et *le rhumatisme articulaire* (1848). Un rapport de sa mission en Irlande pour étudier les *fièvres continues* (1847); un mémoire sur *l'isolement* envisagé au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses (1877). Une préface et des notes à l'édition française du traité de Murchison sur la fièvre typhoïde; divers rapports et notes insérés dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Archives générales de médecine*, etc.

Henri Gueneau de Mussy, allié aux familles de Gueneau, de Montbéliard, de Buffon, de Voltaire, d'Hallé, et peut-être de Molière, était un artiste distingué, un homme du monde parfait; il se tenait cependant au courant de toutes les questions scientifiques de son temps. D'une très grande modestie, il a exprimé le vœu qu'aucun apparat officiel accompagnât ses obsèques, qu'aucun discours fut prononcé. Les fonctionnaires des Sociétés avec lesquelles il était en rapports continuels n'ont point été convoqués autour de son cercueil, mais ils n'ont pas manqué de s'y rendre, et l'affluence était considérable, touchant hommage rendu à la mémoire d'un maître, d'un collègue, d'un ami, d'un médecin bien sympathique.

Dr A. DUREAU.

NOUVELLES

Manœuvres du service de santé dans la région de Paris. — Les manœuvres du service de santé en campagne, pour la région de Paris, ont commencé le 3 octobre, à 8 h. 1/2 du matin. Un grand nombre de médecins et d'officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale y ont pris part.

M. le médecin principal Blaise a fait la démonstration du matériel technique et des approvisionnements entrant dans la composition des hôpitaux de campagne et d'évacuation et d'un train sanitaire; M. le capitaine Sainton, du train des équipages, a fait une communication sur le matériel roulant. Dans l'après-midi, M. le médecin principal Corties a parlé des formations sanitaires.

Le 4 au matin, le commandant Marsaud, de l'état-major, a fait, à la caserne Panthémont, un cours sur les ordres de mouvements, les marches, le combat, au point de vue du service de santé. Le soir ont eu lieu les exercices pratiques du matériel, à l'École-Militaire.

Le 5, on a passé de la théorie à la pratique. Une division d'infanterie se porte de Saint-Cloud sur Guyancourt (au sud de Satory). Elle rencontre un ennemi figuré au sud de la Bièvre, se déploie et engage le combat contre lui. Un grand nombre d'hommes jouent le rôle de blessés, et l'on fait fonctionner les postes de secours et l'ambulance; quelques-uns des blessés sont évacués sur un hôpital voisin.

Le 6, nouvelle manœuvre, l'ennemi sera repoussé jusqu'à Voisins-le-Bretonneux et se retirera sur Chevreuse. La division le poursuivra, suivie de son ambulance divisionnaire, qu'un hôpital de campagne relèvera. L'exercice sera essentiellement constitué par le fonctionnement de cet hôpital, l'évacuation des blessés sur l'hôpital d'évacuation, l'organisation du service dans celui-ci et, enfin, par l'installation d'un train sanitaire improvisé.

Le 7 octobre, les manœuvres prendront fin par un exercice d'embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare des Matelots. Puis M. le médecin principal Dieu, directeur des manœuvres, fera la critique des opérations.

Les médecins en chef de la marine Auffret et Bonnafy ont été désignés pour suivre les exercices spéciaux du service de santé.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 25 SEPTEMBRE AU 1er OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 2. — Rougeole, 5. — Scarlatine 0. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 21. — Affections cholériformes, 63. — Phtisie pulmonaire, 145. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 39. — Méningite, 20. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 1. — Maladies organiques du cœur, 55. — Bronchite aiguë et chronique, 31. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 37. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 94. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 23. — Sénilité, 33. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 5. — Total : 869

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

PATHOLOGIE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONTAGION HYSTÉRIQUE OU DES CRISES PAR IMITATION.

Par le Dr P. Joire (de Lille),
Membre de la Société d'hypnologie de Paris.

Le terme de contagion, à proprement parler, ne devait s'appliquer, d'une façon absolue, qu'aux maladies infectieuses, dont la transmission s'effectue par le transport d'un germe; ce qui a lieu alors, le plus souvent, directement par contact ou contagion. Toutefois, il ne faut pas s'attarder à discuter sur la valeur absolue des mots, ceux-ci n'ayant en réalité que celle qu'on leur attribue. L'usage doit donc prévaloir avant tout, et un terme, quelque peu impropre mais reconnu, vaut souvent mieux qu'un terme nouveau. Il importe avant tout de bien définir ce que l'on veut dire afin de s'entendre.

Nous désignerons donc par contagion hystérique ou crise par imitation, un accès, qui se sera développé chez un individu atteint de la névrose, et qui sera la reproduction d'un accès analogue, dont le sujet aura été témoin chez un autre malade.

Nous y ajouterons cette condition, que la crise seconde, ou imitatrice, présente avec la crise première, ou imitée, certaine ressemblance, certains traits communs, qui seront reproduits, d'une manière plus ou moins exacte, dans la seconde comme dans la première.

Ces termes communs sont essentiellement variables ; ils pourront consister, soit dans l'identité de la cause qui détermine l'attaque, soit dans la manière dont elle survient, soit dans sa forme elle-même plus ou moins spéciale, soit dans sa durée, soit enfin, dans la marche d'ensemble de l'accès, dont le second peut reproduire le premier d'une façon à peu près identique. L'imitation peut consister aussi, dans l'apparition, au cours d'un accès de forme différente, de symptômes ou de traits particuliers, frappants, et reproduisant exactement certains symptômes ou traits qui ont dominé d'une façon remarquable dans les deux cas.

Ces traits ou ces symptômes, qui forment le point capital de l'imitation dans la crise imitatrice, peuvent être, dans la crise première, absolument indépendants de la névrose hystérique. Ils peuvent appartenir à une crise morbide, de nature absolument différente ; être un cachet propre à l'individualité du sujet de l'accès imité ; ou dépendre absolument de circonstances fortuites et indépendantes à la fois de la crise et du sujet.

Quelle que soit leur nature, ils n'en seront pas moins reproduits dans la crise seconde, d'une façon absolument identique ; mais avec cette différence caractéristique, que la cause qui a donné lieu à ces symptômes dans le premier cas n'existe pas dans le second, et se trouve ici remplacée, uniquement par l'état de crise hystérique bien déterminé.

Ces conditions générales étant données, voyons quels sont les autres caractères cliniques de la contagion hystérique ou de la crise par imitation.

Il faut d'abord bien se garder de confondre l'imitation avec la simulation ; ce sont deux choses absolument différentes, ainsi que nous allons le voir.

Dans la simulation hys térique il y a toujours imitation.

Le simulateur imite, soit ce qu'il a vu, soit ce qu'il a lu, soit ce qu'il a entendu décrire. Il peut, de plus, mélanger tous ces facteurs pour en faire un tout, plus ou moins disparate, mais qui n'en est pas moins simulé et imité.

L'imitation, par le fait de la simulation, se trouve toujours plus ou moins imparfaite. Si la simulation a pour objet une crise ou les symptômes d'une maladie, il s'y mélange des circonstances plus ou moins hétérogènes, qui sont formées par l'adjonction d'éléments étrangers, placés d'une manière plus ou moins inconsciente, par l'imagination du simulateur.

Le début de cette crise arrive sans prodromes, à l'improviste en apparence ; mais, en réalité, au moment choisi par le simulateur. Jamais la crise simulée ne se produit lorsque le malade se trouve seul. Il sera toujours entouré d'un certain nombre de témoins, et plus ou moins en évidence ; quelquefois la crise se reproduira toujours devant les mêmes personnes.

Dans la majorité des cas, la crise simulée ne subit aucune transformation et ne devient pas une crise véritable d'un caractère nouveau. Elle cesse comme elle est venue, par la volonté du simulateur, ou par son manque de volonté pour la continuer.

Dans la crise par imitation, au contraire, il n'y a pas de simulation.

Les prodromes sont les mêmes que ceux d'une crise vulgaire, et sont apparents pour le malade comme pour son

entourage. Le début de la crise pourra se produire aussi bien lorsque le malade se trouvera seul que lorsqu'il est entouré de monde. Il n'y aura aucune régularité, ni pour le temps, ni pour le lieu de l'attaque.

La crise est réelle, son début arrive fatalement, indépendemment de tout effort de la volonté du sujet.

La crise suit son cours, et le malade ne peut, de lui-même, modifier en aucune façon ses différentes phases ; pas plus qu'il ne pourrait l'arrêter spontanément.

Le tableau se déroule dans le sujet, malgré lui et à son insu. Rien d'étranger ne vient s'y mélanger tout d'abord ; et la reproduction est d'autant plus fidèle qu'elle est inconsciente.

La chose imitée est grossie dans son ensemble, comme toutes les productions hystériques ; mais les différentes parties sont proportionnées et concordent entre elles. Il n'y a pas de ces exagérations flagrantes comme dans la crise simulée.

Mais voici qu'à la fin de l'accès la scène change ; la terminaison n'est pas livrée au caprice du sujet, comme dans le premier cas.

Spontanément et d'une façon graduelle, la crise se transforme. Les symptômes étrangers se fondent insensiblement et sans secousse brusque dans les divers éléments de l'une des formes de la crise hystérique, et ordinairement dans celle de ces formes qui est la plus habituelle chez le sujet.

Peu à peu, cette dernière a tout envahi et reste seule, substituée en quelque sorte à la première scène qui a complètement disparu. La terminaison se fait lentement, et suivant le mode habituel correspondant à la forme de la crise névropathique.

Nous savons maintenant que cette contagion hystérique, qui aboutit à l'imitation ou à la reproduction d'une crise ou d'un fait produit par un autre malade, est le résultat d'une auto-suggestion. Le fait dont le malade imitateur a été témoin, ou qu'il a entendu décrire, ou même qu'il a lu quelque part, a frappé vivement son imagination déjà malade. Il s'est imprimé profondément et malgré lui dans son cerveau ; l'auto-suggestion se forme spontanément et chemine lentement, et à un moment donné, lorsqu'elle est arrivée à dominer complètement toute son activité cérébrale, elle donne lieu aux actes inconscients que nous venons de décrire. D'autres fois, comme toutes les suggestions, elle peut rester un certain temps dans le cerveau, à l'état latent, pour ne se développer que plus tard, sous l'influence d'une cause occasionnelle qui sera venue réveiller son activité.

On comprend, dès lors, comment une impression vive, une autre émotion violente venant dans l'intervalle porter son action sur les centres nerveux, peut arrêter la suggestion primitive dans son cours et produire de toutes pièces une contre-suggestion.

C'est, en effet, ce qui s'est produit dans bien des cas, et ce qui a donné souvent lieu, bien à tort, à la confusion entre l'imitation et la simulation.

Quoique l'imitation dans les névropathies et les délires puisse se porter sur toute sorte d'objets, ce sont surtout les faits qui présentent un certain éclat et une certaine mise en scène, qui donnent le plus souvent lieu à la contagion. Il y en a surtout trois ordres principaux : les actions criminelles (suicide, homicide) ; les hallucinations ; et les attaques convulsives.

Les exemples de suicides par imitation ou contagion sont des plus nombreux et ont été signalés à toutes les époques. L'anecdote, si connue, des jeunes femmes et des filles de Milet remonte à la plus haute antiquité. Plusieurs auteurs parlent d'un transport de même nature, qui saisissait les femmes de Lyon et les portait à se noyer.

Esquirol rapporte qu'autrefois, à Marseille, les jeunes filles se tuaient à cause de l'inconstance de leurs amants. Dans les guerres du Milanais, vingt-cinq maîtres de maisons se tuèrent en une seule semaine.

L'imitation, dans le suicide, comme, ainsi que nous l'avons vu, dans toutes les crises imitées, affecte en général la plus bizare fidélité dans la reproduction de l'acte qu'elle copie. Cette fidélité ne s'étend pas seulement au choix du même moyen, mais souvent au choix du même lieu, du même âge, et à la plus minutieuse représentation de la première scène.

Sous l'Empire, un soldat se tue dans une guérite ; plusieurs autres font élection de la même guérite pour se tuer. On brûle la guérite et l'imitation cesse. Sous le gouverneur Serrurier, un invalide se pend à une porte ; dans l'espace d'une quinzaine de jours, douze invalides se pendent à la même porte. Sur le conseil de Sabatier, le gouverneur la fait murer ; la porte disparue personne ne se pend plus.

Les hallucinations sont encore une des formes les plus fréquentes de la contagion névropathique.

On cite l'histoire d'un régiment qui, en Italie, après une longue marche, devait loger dans les bâtiments d'une vieille abbaye. Les habitants prévinrent les soldats qu'ils n'y pourraient rester, parce que les bâtiments étaient hantés chaque nuit par les esprits.

L'on ne fit qu'en rire et les soldats se couchèrent sur de la paille étendue sur le plancher. Vers le milieu de la nuit, on les entendit pousser des cris affreux, et tous se précipitèrent dehors, racontant qu'ils avaient vu le diable, sous la forme d'un chien noir, qui était entré par une extrémité de la salle et sorti par l'autre, après avoir marché sur leurs poitrines. La nuit suivante, on leur persuada, à grand peine, de reprendre les mêmes places. Cette fois, les officiers, pour rassurer leurs hommes, veillèrent dans la salle même. A la même heure que la nuit précédente, et sans que rien d'anormal eût été constaté par les officiers qui étaient bien éveillés, les hommes endormis furent repris de la même hallucination.

Dans un ordre de faits différents, d'autres auteurs racontent l'histoire d'une communauté très nombreuse de femmes, qui se trouvaient prises, tous les jours, à la même heure, d'une crise des plus singulière par sa nature et son universalité, car tout le couvent y tombait à la fois. Chacune de ces femmes se mettait à imiter le cri d'un chat, de sorte que c'était un miaulement général par toute la maison qui durait jusqu'à plusieurs heures, au grand scandale du voisinage qui entendait miauler toutes ces filles. La police dut intervenir, et les magistrats leur firent savoir qu'au premier miaulement des soldats entreraient dans le couvent et fouetteraient chaque fille qui aurait miaulé. C'en fut assez pour frapper ces imaginations malades et arrêter la crise épidémique dans son cours.

L'histoire de la maison de charité de Harlem est semblable à la précédente. Une jeune fille entretenue dans cette maison tomba, après une frayeur, dans des accès convulsifs qui revenaient périodiquement.

Une autre jeune fille, qui la soignait dans un de ces accès, fut attaquée du même mal ; le lendemain une seconde, le surlendemain une troisième, et successivement presque tous les jeunes gens de la maison, tant filles que garçons. On employa bien des moyens pour arrêter ces crises, mais sans succès. Enfin, on eut l'idée de faire préparer dans la salle des fourneaux allumés, avec des fers rouges, et de prescrire d'appliquer ces fers rouges à un point désigné du bras, pour produire une profonde brûlure au premier moment de l'accès. L'effroi et la mise en scène produisirent la contre-suggestion efficace et la maladie ne reparut plus.

L'on sait que dans la trop célèbre épidémie de démonopathie des religieuses de Loudun les crises présentaient une forme identique et reproduisaient toutes certains caractères bien déterminés. Ces caractères mêmes furent invoqués comme une preuve de possession par les personnages de cette époque qui avaient intérêt à faire admettre cette interprétation, et servirent d'armes contre ceux que l'on voulait perdre. Admirablement décrits par les historiens, témoins impartiaux de ces faits révoltants, il en reste un exemple des plus remarquables de la contagion de la grande crise hystéro-épileptique, et, chez d'autres, des caractères frappants de simulation hystérique.

L'observation que nous allons rapporter est remarquable par sa nature clinique même et par la complexité des détails qui se sont trouvés reproduits dans la crise seconde.

Il s'agit d'un accès de colique hépatique, absolument avéré, qui forme seul le premier terme de l'observation, et qui se trouve, dans le second, imité, d'une manière complète, dans une attaque de grande hystérie.

Mme E. C..., âgée de 25 ans, est depuis longtemps sujette à des coliques hépatiques. Celles-ci ont été constatées maintes fois, depuis plusieurs années, d'une façon indubitable ; et nous pouvons ajouter de suite que, dans plusieurs circonstances, la présence de calculs est venue confirmer le diagnostic.

Cette malade a été en traitement à Vichy il y a quelques années ; elle s'en est bien trouvée et a eu des accès moins nombreux. Depuis quelques mois les crises de coliques hépatiques ont repris et se répètent plus fréquentes et plus violentes que jamais.

Le 14 août, cette malade, qui se trouvait depuis plusieurs jours sous l'influence d'accès répétés de coliques hépatiques, est prise d'une crise d'une violence inouïe.

L'accès dure sept heures, avec douleur atroce dans la région hépatique et dans tout le flanc droit, on observe le point douloureux épigastrique, le point scapulaire, et l'irradiation de la douleur dans l'épaule et le bras.

Pendant toute la durée de l'accès on voyait la malade se tordre sur son lit, ne sachant quelle position prendre pour diminuer sa souffrance. Dans ses mouvements inconscients et désordonnés, on la voyait à chaque instant porter la main violemment à son côté droit, comme pour en arracher la douleur, dans un geste caractéristique et inoubliable pour les témoins de cette crise violente.

Pendant que la crise se prolongeait ainsi et que la douleur arrivait à son maximum d'acuité, on observait les irradiations les plus douloureuses vers le creux épigastrique, la poitrine, et vers le bas-ventre.

Nous remarquions aussi, au cours de cette crise, que la malade portait fréquemment la main au sommet de la tête, et ce geste, tout insignifiant qu'il puisse paraître, était un de ceux qui pouvaient le plus frapper les assistants à cette scène.

Après cette crise, dès le soir et le lendemain, se produisit un ictère considérable, accompagné d'une émission d'urine caractéristique, indiquant bien l'obstruction momentanée des voies biliaires.

Quelques jours après, nous retrouvions dans les selles un gros calcul, confirmant le diagnostic.

Le frère de cette malade, jeune homme âgé de 23 ans, avait assisté à une grande partie de la crise traversée par sa sœur.

Ce jeune homme, qui est le second sujet de notre observation, est d'un tempérament faible, atteint de bronchite chronique depuis plusieurs années, mais n'ayant jamais présenté aucun signe d'affection hépatique ; dans les examens antérieurs, il nous avait, au contraire, été donné de constater qu'il ne présentait aucune lésion du côté du foie.

Par contre, d'un nervosisme exagéré, il est hystérique. Il présente des troubles de la sensibilité, consistant surtout en certaines zones d'hyperesthésie cutanée. A l'état du repos, il a fréquemment les membres supérieurs et les doigts agités de mouvements inconscients. Sous l'influence d'une contrariété, il est pris d'un tremblement nerveux, qui dure quelquefois plusieurs heures. A trois reprises différentes, nous avions observé chez lui, antérieurement, des crises convulsives, qui étaient de véritables attaques d'hystérie.

Ce jeune homme avait été vivement frappé de la crise dont il avait été témoin, et les jours suivants il se disait mal à l'aise, se plaignant de douleurs vagues et d'une grande faiblesse.

Huit jours exactement après la crise dont il avait été témoin chez sa sœur, il est pris lui même d'une crise. Au début, il accuse aussi des douleurs dans le côté droit ; il désigne bien, comme siège de ces douleurs, la région hépatique, mais l'on peut constater que le foie n'est nullement douloureux à la pression. Ses gestes et ses plaintes sont absolument identiques à ceux que nous avions observés dans le cas précédent. Il pousse les mêmes gémissements, il porte sa main crispée à son côté droit comme pour en écarter l'objet qui lui fait mal. Au bout d'un certain temps, cette même douleur semble s'irradier vers la région épigastrique, vers la poitrine et vers le bas-ventre. Il se tord sur son lit, exactement de la même façon que l'avait fait la malade précédente huit jours auparavant. La scène ne peut pas être plus parfaitement imitée, et l'on pourrait vraiment croire à une colique hépatique vraie, si la fin de l'accès ne venait nous donner la preuve d'une origine différente.

Les moindres détails de la crise précédente se reproduisent ; c'est pour cela que nous avons signalé ce geste remarqué fréquemment chez la première malade, qui portait à chaque instant les mains au sommet de la tête pour exprimer sa souffrance.

Dans tout le cours de sa crise, et tout en se retournant sur son lit, le second malade répète de la même façon le même geste.

L'accès semble arrivé à son maximum d'intensité ; on pourrait croire que, suivant la marche ordinaire, il va prendre fin ; mais, succédant au tableau qui reproduisait trait pour trait la scène précédente, voici qu'il s'en déroule

un autre. Insensiblement la crise se transforme; ce n'est plus la douleur vers la région hépatique qui domine la scène; la douleur qui siégeait vers la poitrine devient une constriction qui remonte jusqu'à la gorge et produit la sensation d'étouffement caractéristique de la boule hystérique. La douleur du bas-ventre, qui avait pour siège l'intestin et l'utérus par leurs irradiations nerveuses, chez la première malade, prend ici son siège dans la vessie et le malade demande à uriner sans pouvoir y parvenir.

Enfin apparaissent des spasmes convulsifs, et, au milieu de tout cela, un peu d'écume se montre entre les lèvres du malade; la grande crise convulsive d'hystéro-épilepsie est complète. Enfin, comme dernier signe caractéristique, elle se termine par une émission d'urine abondante, absolument claire et limpide comme de l'eau.

Les deux jours suivants, le malade eut de nouveau deux crises, moins violentes, mais nettement d'origine névropathique. Il eut encore des crises semblables, au nombre de quatre, dans les quinze jours qui suivirent.

L'intérêt de cette observation porte sur l'imitation parfaite, absolue, de la colique hépatique par la crise hystérique.

L'imitation était tellement exacte, que quinconque eût été témoin de la première partie seule de la crise imitée, eût pu croire à une véritable colique hépatique, à la seule exception du peu de sensibilité que présentait le foie à la pression. Et pourtant, malgré cette similitude parfaite dans les symptômes qui formaient la première partie des deux crises, elles ont présenté chacune des caractères pathognomoniques absolument précis qui en ont rendu le diagnostic tout à fait indiscutable. C'était la terminaison seule de ces crises qui permettait de les classer à leur véritable place dans le cadre nosologique et de confirmer le diagnostic.

Dans le premier cas, en effet, outre les antécédents hépatiques de la malade, un ictère très manifeste apparaissait dès la fin de l'accès et durait plusieurs jours. L'émission d'urine, d'abord peu abondante, permettait de constater sa coloration d'un rouge-brun caractéristique, et d'y reconnaître la présence de la bile en abondance. Enfin, quelques jours après, un calcul biliaire, retrouvé dans les selles, nous mettait sous les yeux le corps même du délit.

Chez le second malade, au contraire, la crise se transforme; les caractères propres de la crise hépatique s'effacent peu à peu pour faire place à ceux de la crise convulsive, qui arrivent à dominer seuls toute la scène. Cette crise est enfin caractérisée par l'écume qui apparaît entre les lèvres du malade, par l'émission d'urine claire et abondante, qui marque la fin de l'accès. Dans la suite, les crises convulsives nouvelles viennent achever de dissiper tous les doutes qui auraient pu subsister.

L'hystérie, nous le savons, peut, dans ses formes multiples et variées, imiter toutes les maladies; mais elle imite surtout de préférence les affections qui présentent des accès à grand éclat. Cela ressort de la nature même de la grande névrose. Les accès de colique hépatique répondent en tous points à ces conditions.

Au point de vue des crises par contagion ou imitation, on a plutôt signalé la contagion de la véritable crise convulsive hystéro-épileptique, ou des hallucinations, ou des impulsions criminelles. A ce titre un peu exceptionnel, cette imitation d'une crise de colique hépatique mérite d'être signalée dans l'histoire des imitations hystériques.

PHYSIOLOGIE

ORIGINES ET CENTRES TROPHIQUES DES NERFS VASO-DILATATEURS (1),

Par J.-P. MORAT.

La question des origines des nerfs vaso-dilatateurs a été posée déjà plusieurs fois en physiologie et résolue de façons différentes : il y a lieu d'examiner attentivement chaque cas particulier, la question étant peut-être susceptible de plusieurs solutions.

On a trouvé des éléments vaso-dilatateurs (nerfs centrifuges inhibiteurs des muscles vasculaires) dans les racines antérieures des deuxième, troisième, quatrième et cinquième paires dorsales (Dastre et Morat). Là sont les vaso-dilatateurs qui vont à la région bucco-faciale par la voie du sympathique; les racines postérieures correspondantes n'en contiennent pas.

J'ai montré depuis que les *nervi erigentes*, véritables nerfs dilatateurs, sortent de la moelle en suivant les première, deuxième et troisième racines antérieures de la région sacrée, également à l'exclusion des racines postérieures correspondantes.

Antérieurement à ces recherches, Stricker avait affirmé l'existence dans les racines postérieures du plexus sacré de dilatateurs pour le membre inférieur. Cette donnée fut contestée; son auteur la maintint et elle fut de nouveau affirmée par Gärtner.

J'ai refait en grand détail toutes les expériences décrites par ces auteurs en suivant d'abord exactement leur méthode. Ils évaluent les modifications de la circulation locale dans une région par les changements parallèles de la température de cette région estimés au moyen du thermomètre : c'est la méthode dite *thermométrique*; elle est très défectueuse et, tant que je l'ai employée, je n'ai pu faire ma conviction sur le point en litige. Pour affirmer avec certitude l'existence d'un changement de calibre dans les vaisseaux il faut avoir recours à des procédés plus directs, tels que l'inscription *manométrique* de la pression dans ces vaisseaux, ou mieux l'inspection *de visu* de l'artère, si elle est superficielle, ou enfin l'appréciation des changements de coloration de cette région suivant la quantité de sang qui traverse son système capillaire (méthode *coloriscopique*). Par ce dernier procédé on apprécie très bien les variations de la circulation locale dans les régions glabres dépourvues de pigment; les pulpes des régions palmaire et digitales du membre inférieur chez les animaux se prêtent bien à cet examen à la condition de les avoir soigneusement détergées.

Dans ces conditions, j'ai toujours vu l'excitation centrifuge de la plus grosse des racines postérieures lombaires, et généralement de celle qui la précède et de celle qui la suit (j'entends l'excitation du bout périphérique de la racine coupée), produire la vaso-dilatation des régions sus-indiquées, et cela sans être obligé d'avoir recours aux conditions particulières réclamées comme nécessaires, soit à côté du sujet (refroidissement préalable de l'animal), soit du côté de l'excitant (courant de pile, à l'exclusion du cou-

(1) Acad. des Sciences, 20 juin 1892.

rant induit); autrement dit, cette excitation a produit la vaso-dilatation directe et primitive des vaisseaux de la pulpe dans les conditions ordinaires, banales, de préparation du sujet, de nature, de rythme et d'intensité de l'excitant, applicables à tout nerf vaso-moteur. Le fait a été vérifié chez le chien et chez le chat.

De tels nerfs rentrent évidemment dans la définition qui a été donnée des nerfs vaso-dilatateurs. Il y a donc dans les racines postérieures de la moelle épinière, à côté des éléments centripètes dont on pouvait les croire exclusivement formées, une petite proportion d'éléments centrifuges dont l'activité correspond à une dilatation des vaisseaux. D'autre part, les dilatateurs des vaisseaux sont, dans leur ensemble, partagés, d'après une proportion qui reste à déterminer entre les racines antérieures et les racines postérieures; ce qui modifie un peu la conception tout à fait simple qu'on se faisait de ces parties.

L'expérience suivante fournit encore une donnée nouvelle au sujet de ces nerfs particuliers. Sur un chien anesthésié, on découvre, par une opération aseptique, une petite étendue de la moelle lombo-sacrée; on coupe immédiatement, en dehors de la dure-mère, les trois racines postérieures indiquées plus haut comme vaso-dilatatrices, et l'on referme la plaie.

Après huit, dix ou quinze jours, c'est-à-dire après un délai suffisant pour assurer la dégénération des nerfs séparés de leurs centres, on découvre à nouveau ces racines, on excite leur bout périphérique, et la vaso-dilatation des régions palmaire et digitales se produit comme avant.

Ainsi ces nerfs que nous avons coupés et séparés des centres médullaires ont gardé leur excitabilité. En d'autres termes, nous pouvons dire : *le centre trophique de ces nerfs dilatateurs est dans le ganglion de la racine postérieure*. On sait déjà que ce ganglion joue le rôle de centre trophique (c'est une des lois de Waller); mais il était difficile de supposer, *a priori*, qu'une fonction du même ordre lui était dévolue à l'égard d'éléments centrifuges. Ce rapprochement des vaso-dilatateurs et des nerfs sensitifs au point de vue particulier de ce que nous appellerons *leur trophicité* est une donnée absolument inattendue.

Ainsi les nerfs inhibiteurs des vaisseaux quittent la moelle, les uns par la voie des racines antérieures, les autres par la voie des racines postérieures; les exemples que l'on peut citer des uns et des autres sont encore assez peu nombreux pour qu'on puisse établir aucune systématisation sur leur partage et leur distribution possible. Ceux qui sont contenus dans la racine postérieure ont leur centre trophique dans le ganglion de cette racine absolument comme les nerfs sensitifs eux-mêmes. Où sont les centres trophiques des autres, de ceux qui sont contenus dans la racine antérieure? Les expériences que j'ai faites à ce sujet me portent à croire qu'ils sont dans la moelle. Les expériences ont consisté en ceci: j'ai coupé tantôt le cordon cervical du sympathique, tantôt les deux branches de l'anse de Vieusens, tantôt les rameaux communicants qui convergent vers le ganglion étoilé et qui constituent les origines du sympathique cervical. Dans tous les cas, après le délai nécessaire, lorsque j'interrogeais l'excitabilité de cordon nerveux au point de vue spécial de sa fonction vaso-dilatatrice, cette excitabilité avait disparu.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

SUR LES PROPRIÉTÉS DES VAPEURS DU FORMOL OU ALDÉHYDE FORMIQUE (1),

Par F. BERLIOZ et A. TRILLAT.

Dans différentes notes, présentées à la Société de Thérapeutique (janvier 1892) et à l'Académie des Sciences (juin 1892), nous avons attiré l'attention sur les propriétés antiseptiques de l'aldéhyde formique ou formol. Dans nos précédentes expériences, nous avions opéré avec les solutions aqueuses de formol; nous nous proposons d'exposer les résultats que nous avons obtenus avec les vapeurs de formol.

Ces vapeurs sont très rapidement absorbées par les tissus animaux.

Dans un tube allongé, nous plaçons des déchets de viande fraîche, et nous le faisons traverser par un courant d'air ayant barbotté dans une solution de formol à 5 p. 100. Ce courant d'air est recueilli à l'autre extrémité du tube dans un récipient contenant soit une solution ammoniacale de nitrate d'argent, soit de l'eau d'aniline. (Ce dernier réactif est très sensible pour indiquer la présence du formol.) On fait passer le courant d'air pendant dix minutes dans le tube, et l'on constate que les réactifs ne donnent aucun trouble, ni précipité caractérisant la présence de l'aldéhyde formique.

Une autre expérience consiste à suspendre des morceaux de viande dans un flacon contenant une solution de formol: les vapeurs sont rapidement absorbées.

L'action antiseptique des vapeurs de formol est démontrée par les expériences suivantes:

Sous une cloche d'une contenance de 10 litres, nous avons placé divers bouillons stérilisés et ensemencés par les microbes du jus de viande en décomposition; sous cette cloche, nous avions disposé un petit récipient contenant 5 cc. de solution de formol à 10 p. 100. Les faibles vapeurs qui se dégageaient de cette solution ont suffi pour empêcher le développement des bactéries.

Nous avons obtenu les mêmes résultats, en ensemençant les bouillons avec les bacilles des eaux d'égout et le *bacillus anthracis*.

Des bouillons ensemencés de bacille d'Eberth et de coli-bacille, placés à l'étuve sous une cloche renfermant une solution de formol à 40 p. 100, restent clairs.

On peut observer la même action avec les organismes inférieurs: le liquide Raulin, en présence de faibles vapeurs de formol, devient rebelle aux cultures de *l'aspergillus niger* et des *penicillium*.

L'action antifermentescible se manifeste d'une manière remarquable: nous avions déjà signalé cette action sur le lait.

Des échantillons de moût de bière, abandonnés aux ferments lactique et butyrique, séparément ou simultanément, sous une cloche contenant 10 cc. d'une solution de formol à 40 p. 100, ne subissent aucune altération après quatre ou cinq jours: l'acidité totale des échantillons de moût est restée sensiblement la même.

(1) Acad. des Sciences, 1er août 1892.

Action microbicide. — Un flacon de bouillon peuplé de bacilles d'Eberth est placé sous une cloche renfermant une solution de formol à 40 pour 100. Au bout d'une demi-heure, une parcelle de culture est prélevée avec l'anse de platine et transportée dans du bouillon nutritif. Ce bouillon est resté infertile.

Nous avons employé un autre dispositif, pour mettre plus en évidence l'action microbicide. Des morceaux de toile de 1 cq sont imbibés de culture de bacille d'Eberth et de bactéridie charbonneuse sporulée. On les suspend dans un flacon dans lequel on fait arriver un courant d'air qui a traversé une solution de formol à 5 pour 100. Toutes les cinq minutes, on retire un morceau de toile et on le transporte dans du bouillon placé à l'étuve. La bactéridie charbonneuse est tuée après vingt minutes, le bacille d'Eberth après vingt-cinq minutes d'exposition à ce courant d'air.

Si le courant d'air traverse une solution de formol à 2 gr. 50 pour 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué au bout d'une heure.

Si l'on remplace la solution de formol par une solution d'essence de cannelle de Ceylan, ou de créosote à 5 p. 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué après une heure d'exposition. Les vapeurs de formol sont donc bien plus énergiques que l'essence de cannelle et la créosote qui sont réputés comme très antiseptiques.

Nous avons expérimenté, dans les mêmes conditions, sur un morceau de toile imprégné de culture d'Eberth, puis desséché. Après dix minutes d'exposition au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, le morceau de toile a été ensemencé dans du bouillon. Ce bouillon est resté clair. Un morceau de toile témoin a donné le lendemain une abondante culture.

Enfin, on peut stériliser le pharynx et les amygdales en respirant, pendant une demi-heure, le courant d'air harbottant dans la solution de formol à 5 pour 100.

Ces expériences, et surtout la dernière, démontrent que les vapeurs de formol pourront rendre des services dans les maladies infectieuses de la gorge et des voies respiratoires.

L'un de nous a commencé et poursuit des études sur les applications cliniques du formol à l'antisepsie des voies respiratoires.

Action toxique. — Nous avons déjà fixé le pouvoir toxique des solutions de formol par injections sous-cutanées et intra-veineuses. En injection sous-cutanée chez le cobaye, les doses de 0 gr. 53 et 0 gr. 66 par kilogramme ne sont pas mortelles ; la dose de 0 gr. 80 l'est assez rapidement. En injection intra-veineuse, la dose mortelle est de 0 gr. 07 par kilogramme pour le chien, et de 0 gr. 09 par kilogramme pour le lapin. Les vapeurs de formol ne deviennent toxiques que lorsqu'elles sont respirées en grande quantité pendant plusieurs heures.

Un cobaye, exposé dans une caisse aux vapeurs se dégageant d'une solution de formol à 40 pour 100, est mort en trois jours. Un second cobaye, exposé seize heures par jour au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, est mort pareillement au bout de trois jours.

Conclusion. — 1° Les vapeurs de formol se diffusent rapidement dans les tissus anormaux, qu'ils rendent imputrescibles ;

2° Elles s'opposent, même en très faibles proportions, au développement des bactéries et des organismes ;

3° Elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacilles d'Eberth ou de charbon.

4° Les vapeurs ne sont toxiques que lorsqu'on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

LE DIABÈTE PANCRÉATIQUE (1),

Par MM. LANCEREAUX et A. THIROLOIX.

Dès l'année 1877, M. Lancereaux avait établi cliniquement l'existence d'un diabète sucré à évolution rapide, lié à la destruction du pancréas. En 1888, le même auteur avait adopté la classification suivante des diabètes : 1° diabète nerveux traumatique ou spontané ; 2° diabète gras ou constitutionnel ; 3° diabète maigre ou pancréatique.

Les expériences pratiquées depuis lors sur les animaux ont confirmé l'existence de ce dernier diabète. L'extirpation totale du pancréas, chez le chien, amène constamment un diabète sucré à évolution plus ou moins rapide (vingt-huit à cent vingt jours), ainsi que l'ont établi MM. Von Mering et Minkowski, Lépine, Hédon, Gley et Thiroloix. Toutefois, comme la destruction de la glande pancréatique, sur place, par des injections de matière inerte, n'est suivie ni de glycosurie, ni de trouble de dénutrition important, M. Thiroloix était arrivé à croire que le traumatisme nerveux qui accompagne l'ablation de cette glande est la condition génésique du diabète, et cette manière de voir s'appuyait encore sur la constatation d'une hypertrophie des ganglions solaires, chez quelques individus ayant succombé au diabète pancréatique.

MM. Lancereaux et Thiroloix présentent aujourd'hui le résultat d'expériences plus récentes, qui les amènent à une conclusion différente. Ces expériences consistent à opérer, dans un premier temps, chez le chien, sous la peau de l'abdomen, l'ectopie d'une portion plus ou moins étendue du parenchyme pancréatique (portion duodénale) avec son pédicule vasculo-nerveux. Deux ou trois semaines plus tard, l'extirpation de tout le reste du pancréas abdominal est pratiquée, en même temps que la section du pédicule vasculo-nerveux allant à la portion pancréatique ectopiée, de telle sorte qu'il ne reste chez l'animal que cette dernière portion, qui s'y est greffée et qui déverse au dehors son produit de sécrétion, par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. L'animal n'est toujours pas diabétique, mais si, dans un troisième temps, l'on vient à enlever cette greffe, la glycosurie et l'azoturie apparaissent au bout de quelques heures.

Cette expérience, maintes fois répétée, ayant toujours donné un résultat identique, il faut admettre que ce n'est pas la sécrétion glandulaire externe, mais une sorte de sécrétion interne, qui devient la cause de cette glycosurie. Ce serait là une nouvelle fonction de la glande pancréatique qui donnerait un appui aux recherches de M. Brown-Séquard sur l'action des sucs glandulaires. Quelle est la nature de sécrétion ? Est-ce un ferment, comme le prétend M. Lépine ? C'est ce qu'il reste à démontrer exactement.

En tout cas MM. Lancereaux et Thiroloix tirent de leurs

(1) Extrait, par les auteurs, d'une lecture faite à l'Académie par M. Lancereaux, dans la séance du 8 août. (Ac. des sciences.)

observations et de leurs expériences les conclusions suivantes : il existe un biabète, réellement lié à la destruction du pancréas ; ce diabète ne provient pas de l'absence de la sécrétion glandulaire externe, mais simplement de l'absence du suc sécrété intérieurement par la glande et résorbé par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Sur la reprise des contractions du cœur, après arrêt complet de ses battements, sous l'influence d'une injection de sang dans les artères coronaires.

Par MM. E. Hédon et P. Gilis.

Sur un supplicié, dont le corps nous a été livré trois quarts d'heure après la décapitation, nous avons fait l'expérience suivante :

Ouverture du thorax et du péricarde. Le cœur est flasque et mou, complètement vide. Plus de battements spontanés, pas même de l'auricule droite. On ne fait naître aucune contraction ni par des excitations mécaniques, ni par des excitations faradiques.

On lie alors la crosse de l'aorte immédiatement après la naissance des gros troncs artériels, l'artère carotide et l'artère sous-clavière gauche à leur naissance sur la crosse et l'on engage une grosse canule dans le bout central du tronc brachio-céphalique. Par cette canule, on pousse avec une seringue du sang artériel de chien défibriné. Ce sang distend fortement l'aorte, ne passe pas dans le ventricule gauche, en raison de l'occlusion hermétique de l'orifice aortique par les valvules sigmoïdes, mais se précipite dans les artères coronaires, où on le voit circuler. Ce sang revient par les veines coronaires dans l'oreillette droite, se répand dans les gros troncs veineux et est perdu ; une s'échappe au niveau de la section du cou. Tous les préparatifs ont duré un quart d'heure.

Aussitôt que le sang eut pénétré dans les artères coronaires, nous vîmes le cœur doit reprendre ses battements. Les contractions de l'oreillette et du ventricule n'étaient pas toutefois synchromes. L'auricule droite battait 148 fois par minute, le ventricule seulement 44 fois par minute. Les contractions du ventricule n'étaient point partielles, mais bien totales, c'étaient de vraies systoles, diminuant très nettement la capacité de la poche cardiaque, et qui, certainement, eussent été capables de lancer du sang dans l'artère pulmonaire. La contraction naissait à la pointe du cœur et se propageait rapidement vers la base. Le cœur gauche resta immobile. Le phénomène a duré pendant vingt-trois minutes, c'est-à-dire tout le temps qu'on a poussé l'injection, soit 420 cc. de sang. Les contractions cardiaques se montraient donc encore une heure vingt minutes après la décollation.

Pendant quelques minutes après la cessation de l'injection, le ventricule a présenté des trémulations fibrillaires ; par des excitations mécaniques et électriques, il se contractait encore, mais seulement au point irrité.

L'expérience a été répétée avec succès sur un chien, mais avec un résultat plus complet. Après une saignée totale de l'animal par une des carotides, le sang défibriné est injecté dans le tronc brachio-céphalique artériel, neuf minutes après la cessation des contractions cardiaques. Au bout de une à deux minutes, les deux ventricules se contractent synergiquement, les oreillettes et les auricules restant immobiles. Les ventricules battent 44 pulsations à la minute. Après une deuxième injection, dix-sept minutes après la cessation des battements cardiaques, les oreillettes et les auricules se contractent à leur tour synergiquement. Le mouvement s'accélère peu à peu et le nombre des contractions s'élève à 72 à la minute. La contraction ventriculaire suit immédiatement celle des oreillettes comme dans la révolution cardiaque normale. Ces battements rythmés se sont maintenus ainsi pendant cinq minutes, puis après cessation de l'injection, ils se sont espacés de plus en plus ; vingt minutes après le début de l'injection, le cœur ne présentait plus de battements qu'à de longs intervalles.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur l'origine bactérienne de la fièvre bilieuse des pays chauds (1),

Par M. Domingos Freire.

Rio de Janeiro, 8 août 1892.

Les cliniciens ont depuis longtemps établi des différences tranchées entre les symptômes de la fièvre bilieuse des pays chauds et ceux de la fièvre jaune. Mon but ici est de montrer que la bactériologie donne raison à la clinique, et que l'agent producteur de la fièvre bilieuse des pays chauds est autre que celui de la fièvre jaune.

Appelé, par le gouvernement de l'État de Saint-Paul (Brésil), à étudier la genèse de l'épidémie qui s'y est manifestée pendant l'été dernier, j'ai parcouru un grand nombre de villes et villages présentant des cas de la maladie ; j'ai partout constaté le diagnostic de la fièvre bilieuse, d'accord avec le Dr Antenor, clinicien à Saint-Paul. J'ai recueilli, avec tout le soin possible, pour les recherches bactériologiques, du sang, de la bile, de l'urine, etc., ainsi que des viscères (foie, reins, etc.). On en a fait des cultures sur de l'agar peptonisé et gélatinisé. Vingt-quatre heures après, on y a remarqué des colonies, sous forme d'une tige blanche, le long du trajet de la piqûre ; à la tige, adhéraient de larges bulles gazeuses, occupant aussi la surface de l'agar. Cette surface était parsemée çà et là de petites colonies blanches arrondies. Tous les ensemencements, autant ceux de l'urine que ceux du sang retiré du cœur d'un sujet mort depuis une heure à peine, ainsi que du bras d'un autre individu malade depuis six jours, ont donné des colonies avec les mêmes caractères.

Or, l'aspect des cultures solides du germe de la fièvre jaune est tout autre. Les colonies se développent comme un prolongement en forme de clou, dont la pointe est en dessous et la tête à la surface. En outre, on ne remarque jamais de bulles de gaz le long de la piqûre. La couche constituant la tête du clou est blanche comme de la céruse, et n'est pas entourée d'autres colonies moindres.

L'examen microscopique montre d'ailleurs, dans les deux cas, des différences radicales. En effet, le microbe de la fièvre bilieuse des pays chauds est un bacille mesurant en

(1) Académie des sciences, 29 août 1892.

moyenne 9 microns de longueur sur 3 de largeur. Ce bacille est immobile et s'accompagne de nombreuses spores mobiles. Il se colore aisément par le violet méthyle et la fuchsine. Chaque bacille se segmente en articles plus ou moins courts; la segmentation est très rapide, chaque bacille se brisant par le milieu, comme lorsqu'on casse sur le genou une verge flexible. Les articles donnent naissance à des spores terminales. Bien que les bacilles que je viens de décrire ressemblent à ceux qui ont été signalés par Klebs et Tommassi Crudeli, je n'ose pas affirmer qu'ils soient identiques.

D'après mes recherches, l'agent vivant de la fièvre jaune n'est pas un bacille, mais un microcoque, dont j'inocule depuis 1883 les cultures atténuées, à titre de moyen préventif contre la même maladie. Ce microcoque ne mesure, dans les conditions ordinaires, qu'un micron; il est rond, très réfringent, se colore promptement par la fuchsine, le bleu méthyle, etc. Inoculées à l'état virulent, ces cultures donnent lieu, chez les cobayes, à une fièvre jaune bien caractérisée.

D'un autre côté, l'inoculation du bacille de la fièvre bilieuse produit chez les cobayes une pyrexie d'accès, mettant en évidence une infection paludéenne.

En effet, j'ai délayé dans un peu d'eau stérilisée une des cultures du bacille de la fièvre bilieuse, et j'en ai injecté 1 gramme environ à un cochon d'Inde, dont le poids était de 400 grammes et la température 38° *ante meridiem*.

Le lendemain matin, la température s'était élevée à 40°, le poids de l'animal étant descendu à 285 grammes. A 6 heures du soir, le thermomètre marquait encore 39°,5.

Le jour suivant, elle a baissé de nouveau à 38° (apyrexie). Poids = 285 grammes. Grande faiblesse, adynamie. A 2 heures de l'après-midi, nouvel accès; la température remonte rapidement à 39° et à 40° la nuit. Cet accès, évidemment pernicieux, tua l'animal vers 5 heures du matin.

L'autopsie a révélé une augmentation du foie assez considérable; la vésicule biliaire tendue par de la bile. Dans l'estomac, une grande quantité de bile vert foncé. Reins et poumons hyperhémiés, cœur arrêté en diastole, oreillettes renfermant du sang noirâtre. Le sang extrait du cœur de l'animal était mis à cultiver, un seul tube d'agar a donné des colonies. Quatre tubes semés avec de la bile ont donné trois ensemencements fertiles. L'aspect des colonies était celui que j'ai décrit; les bacilles ont présenté sous le microscope les mêmes caractères. L'examen microscopique de coupes du foie et des reins, faites par le Dr Abel, y a démontré les mêmes bacilles. Dans un des reins surtout, on a trouvé des foyers de nombreux bacilles, soit enclavés dans le tissu, soit obstruant les canalicules urinaires et la lumière des vaisseaux.

L'animal avait donc été réellement victime de la fièvre bilieuse, qu'il avait reçue de l'homme.

Conclusion. — La fièvre bilieuse des pays chauds et la fièvre jaune quoique très semblables entre elles, sont parfaitement distinctes l'une de l'autre, et par les signes cliniques, et par les caractères bactériologiques. L'agent infectieux animé de la première est le bacille que nous avons décrit. L'agent producteur de la fièvre jaune est un micrococque.

SUR UNE NOUVELLE FONCTION CHIMIQUE DU BACILLE VIRGULE DU CHOLÉRA ASIATIQUE (1),

Par M. J. FERRAN.

On sait que le *Bacillus mastitidis* (Guillebeau *a*), les *Streptococcus mastitidis sporadiæ*, le *Streptococcus scarlatinæ*, le *Bacillus diphteriæ*, le *Bacillus coli communis*, le *Bacillus ovale ilei*, le *Bacillus Gaffky*, et le *Bacillus Schardingerii*, déterminent la fermentation du lait, en produisant, par leur action sur la lactose, de l'acide *paralactique*, avec cette particularité que certains le forment dextrogyre et d'autres lévogyre.

Or, si l'on cultive le bacille virgule dans du bouillon légèrement alcalin, contenant de la lactose, il produit de l'acide paralactique, en quantité suffisante pour donner au milieu une réaction franchement acide; le pouvoir rotatoire des sels que cet acide peut former nous est inconnu, mais nous l'étudions actuellement.

Semé dans l'agar légèrement alcalin, contenant de la lactose et de la teinture bleue de tournesol, ce microbe rougit le milieu, grâce à l'acide paralactique qu'il produit.

Une culture faite dans du bouillon légèrement alcalin et lactosé, lorsqu'elle est restée en repos à la température de 30° C., présente, après cinq jours, un mycoderme flottant, composé de grands bacilles virgules, dans l'intérieur desquels on voit une ou deux granulations très petites et réfringentes, pareilles à des spores; tout le protoplasme du bacille finit par disparaître, en laissant libres ces très petites granulations, qui se colorent fort bien avec le violet de méthyle.

Le même bacille virgule du choléra, semé dans une petite quantité de bouillon alcalin contenu dans des matras de grande capacité, peut vivre plus de trois ans, pourvu qu'un tampon de coton permette le renouvellement lent de de l'air. Dans les mêmes conditions, avec la seule différence que le bouillon soit *lactosé*, la vie de ce microphyte s'éteint rapidement, à cause de l'acidité que lui-même produit dans le milieu.

La végétation de ce microbe est toujours rapide, luxuriante, dans les bouillons ordinaires de culture; mais, s'ils contiennent de la lactose, elle l'est incomparablement davantage; les cultures, grâce à l'addition de cette substance, acquièrent, en quelques heures, une densité surprenante; mais la végétation cesse complètement aussitôt que le bouillon devient acide, et la vitalité du microbe ne tarde pas non plus à s'éteindre.

Il appartient aux cliniciens et aux thérapeutes de déduire de ces faits les indications rationnelles qu'ils renferment pour le traitement de cette maladie. L'attention est maintenant appelée sur les ressemblances qu'il y a entre la fonction chimique de ce microbe et celle du *B. coli communis*; leurs fonctions pathogènes se ressemblent en bien des cas; l'acide paralactique paralyse l'activité chimique des deux. Cet acide, qui est un précieux remède contre les diarrhées occasionnées par le *B. coli*, ne serait-il pas, par hasard, également efficace contre les diarrhées causées par le bacille virgule?

Il semble rationnel d'employer contre le choléra, de

(1) Académie des sciences, 22 août 1892.

l'acide lactique en limonade, et d'aider son action par le pouvoir anexosmotique que nous offre la morphine ; cette substance empêcherait, peut-être l'absorption des toxines et prolongerait l'action de l'acide lactique en s'opposant à sa rapide élimination.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA MORVE (1),

Par CLAUDIUS NOURRY et C. MICHEL.

« ..... Quoi qu'il en puisse être de la nature de la morve et de celle de son contage, il est manifeste qu'il existe une parenté très grande entre la tuberculose et la morve, parenté qui nous a conduits à tenter la guérison de la morve par les procédés les plus récents que la thérapeutique médicale applique à la guérison de la tuberculose humaine.

« A cet effet, nous avons essayé, sur deux chevaux morveux : 1° les injections hypodermiques d'huile créosotée, employée pour amener la résorption des tubercules pulmonaires et des adénites glandulaires ; puis, 2° le chlorure de zinc, en lavage dans les nasaux, pour combattre le jetage et la destruction ulcéreuse de la membrane pituitaire. C'est l'application, au traitement de la morve, des deux procédés de traitement de la tuberculose, l'un de M. le professeur Bouchard, repris par M. le Dr Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, l'autre de M. le Dr Lannelongue, professeur à la Faculté. Après deux mois et demi de traitement, ces deux chevaux, atteints de morve à la période des phénomènes classiques, paraissaient totalement guéris. Pour s'en convaincre, on les sacrifia tous deux, et l'on put ainsi s'assurer de l'efficacité du traitement.

« Les injections créosotées étaient faites d'heure en heure, au moyen d'une seringue Pravaz, d'abord avec de l'huile à 10 pour 100, puis avec de l'huile à 25 pour 100, enfin de l'huile à 50 pour 100 (2).

CHIMIE ORGANIQUE

SUR LA CASCARINE (3),

Par LEPRINCE.

Au cours de mes recherches sur l'écorce du *Rhamnus Prushiana*, appelé par les Espagnols *Cascara sagrada*, recherches entreprises principalement en vue de l'étude de l'alcaloïde signalé par le Dr R.-G. Eccles (4) qui l'a appelé *rhamnine*, j'ai été amené à isoler un corps nouveau, qui paraît être le principe actif de cette plante (5), et pour lequel je propose le nom de *cascarine*.

Extraction. — On épuise l'écorce de *Cascara sagrada* (*Rhamnus Prushiana*), grossièrement pulvérisée et desséchée, par de l'eau distillée bouillante contenant 20 grammes de carbonate de soude. On neutralise la liqueur obtenue, par l'acide sulfurique : il se produit un abondant dépôt, que l'on sépare par filtration.

La liqueur filtrée est évaporée à une douce chaleur, ou mieux dans le vide. Pendant l'évaporation, il se forme un dépôt : on le redissout dans de l'eau alcalinisée bouillante et l'on précipite à nouveau par l'acide sulfurique. Le produit provenant de l'évaporation des liqueurs légèrement acides est un mélange complexe, qui contient, avec la cascarine, des produits d'oxydation et d'hydratation insolubles dans l'alcool.

Pour isoler un principe défini, on épuise cette substance, desséchée à 50°, par l'acétone ; la solution, peu colorée, est séparée, par filtration, du résidu insoluble ; on l'additionne ensuite d'acide sulfurique, et, après quelques heures de contact, on verse la solution acétonique dans une grande quantité d'eau chaude.

Après vingt-quatre heures de repos, il se rassemble au fond du vase un dépôt brun verdâtre ; on le recueille sur le filtre ; il est de nouveau soumis au même traitement que le précédent. Après plusieurs purifications, on obtient une substance jaune, composée d'aiguilles microscopiques.

Propriétés. — La cascarine se présente sous forme d'aiguilles prismatiques d'un jaune orangé, variable suivant le degré d'hydratation. Inodore, insipide, soluble en rouge pourpre foncé dans la potasse, soluble dans les solutions alcalines avec la même coloration. Insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool pur, moins soluble dans le chloroforme ; soluble dans l'alcool éthéré.

Desséchée à 50°, et ensuite au-dessus de l'acide sulfurique, elle donne, à l'analyse, des nombres qui s'accordent avec la formule $C^{12}H^{10}O^5$.

Action de la chaleur. — Soumise à l'action de la chaleur, la cascarine brunit vers 200° et fond en se décomposant à 300° et laissant un résidu charbonneux.

Action de la potasse. — On fond à une douce chaleur 1 partie de cascarine et 10 parties de potasse. Après refroidissement, on épuise par l'eau, et la solution aqueuse acidulée par l'acide sulfurique est agitée avec l'éther. Par évaporation de ce dernier, on obtient une substance blanche et cristallisée qui donne les réactions de la phloroglucine.

Des recherches précédentes, il ressort que la cascarine est une substance ternaire appartenant à la série aromatique, puisque, par fusion avec la potasse, elle donne un phénol, et contenant au moins une fonction phénolique libre.

La cascarine est-elle identique avec la rhamnétine de M. Schützenberger (1), obtenue par le dédoublement d'un glucoside complexe, récemment étudié par M. Libermann (2), ou bien simplement isomérique ? C'est ce qu'une étude plus approfondie démontrera.

Il reste acquis ce point intéressant : que deux végétaux de la même famille, le *Rhamnus* et la *Cascara*, se rapprochent non seulement par les caractères botaniques, mais aussi par les principes immédiats que l'on peut en extraire.

(1) Académie des Sciences, 16 août 1892.
(2) M. Burlureaux avait tenté, mais en vain, de guérir par les injections d'huile créosotée, un préparateur de l'Institut Pasteur, qui avait été atteint en préparant des cultures de virus morveux. Nous avons appris cette tentative en faisant connaître nos résultats à son auteur.
(3) *Académie des sciences*, 1er août 1892.
(4) *The Druggist circular*, mars 1888, page 54.
(5) Dr LAFOND, *Cascarine* (Imprimerie Nelzès. Paris, 1892.)

(1) *Bulletin de la Société chimique*, 1868.
(2) *Liebig's Annalen Chem.*, t. VI et CVI.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

SUR UNE GLOBULINE INCOLORE QUI POSSÈDE UNE FONCTION RESPIRATOIRE (1),

Par A.-B. GRIFFITHS.

Cette globuline a été retirée du sang de la *Patella vulgata*. Elle ne contient pas de métal dans sa molécule; c'est une substance incolore, qui possède les mêmes propriétés d'oxygénation et de désoxygénation que l'hémoglobine et l'hémocyanine.

Quand on a obtenu une quantité suffisante de sang, on le traite par l'alcool; ce réactif dissout le pigment jaune (2) et les matières grasses qui existent dans le sang de la patelle (3).

Le précipité (de l'alcool) est dissous dans une solution diluée de $MgSO^4$; la solution est alors saturée avec $MgSO^4$ et filtrée. Le précipité est lavé, avec une solution saturée de $MgSO^4$, puis dissous dans l'eau. Il se dissous à cause de la présence d'une petite quantité de $MgSO^4$ qui lui reste adhérente. La solution est chauffée à 56°, afin de coaguler quelques matières albuminoïdes, et l'on ajoute de l'alcool au liquide filtré, tant qu'un précipité se forme. Après la filtratinn, le précipité est lavé à plusieurs reprises avec l'eau; il est alors séché à 60°, et enfin dans le vide.

La moyenne de trois analyses m'a conduit à la formule $C^{523}H^{761}Az^{196}SO^{150}$.

La globuline existe à deux états, chargée d'oxygène actif ou non chargée de ce gaz. Lorsqu'elle est chargée d'oxygène, c'est une substance incolore.

J'ai trouvé, en employant la pompe à vide, que 100 grammes de cette globuline respiratoire absorbent 132 cc. d'oxygène à 0° et 760 mm. et 315 cc. d'acide carbonique.

Quand elle est dissoute daus une solution diluée de $MgSO^4$, son pouvoir rotatoire spécifique pour la raie D est $[\alpha]_D = -48°$.

Cette nouvelle globuline forme dans l'organe respiratoire une combinaison oxygénée peu stable qui, transportée par le sang à travers les tissus de l'animal, s'y dissocie et cède son oxygène aux éléments de ces tissus.

J'ai nommé cette globuline incolore *achroglobine* (ἄχροος, incolore); elle existe très probablement dans le sang des autres invertébrés.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE LA BLENNORRHAGIE

I. — SUR LES AFFECTIONS CARDIAQUES SURVENANT DANS LE COURS DE LA BLENNORRHAGIE, par le Dr W. HIS. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 40, p. 995.)

Tonte suppuration pent devenir le point de départ d'une infection à distance, qui se traduit par ce qu'on appelle depuis longtemps des métastases.

Pour ce qui concerne notamment la suppuration dont l'urèthre est le siège dans les cas d'uréthrite blennorrhagique, on sait aujourd'hui qu'elle donne lieu assez souvent à des répercussions métastatiques du côté des jointures, et plus rarement à des complications cardiaques. L'existence de celles-ci n'est plus à nier. Il y a plus de quinze ans, M. Morel, dans sa thèse inaugurale (*Des complications cardiaques de la blennorrhagie*, Paris, 1878), on réunissait 13 exemples. Une dizaine ont été publiés depuis lors, entre autres par Derignac (*Gazette médicale de Paris*, 1884, n° 7), par Von Velden (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1887, n° 11), par Glucinski (*Pazeglad Lekowski*, 1889, n° 11), par Leyden (*Zeitschrift für Klin. Medicin*, t. IV, fasc. 3, p. 325), par Mac Donell (*American Journal of the medical sciences*, janvier 1891), etc.

Un élève du prof. Curschmann, de Leipzig, M. His, vient d'attirer de nouveau l'attention des médecins sur cette question.

I. — M. His relate d'abord l'observation d'un jeune homme de 19 ans, sujet à une constipation opiniâtre depuis cinq ans, qui avait résisté à diverses médications. Dans le courant du mois de février dernier, ce jeune homme a contracté une blennorrhagie, qui fut traitée par le repos au lit et par des injections de sublimé au 1/4000. Cette affection a évolué sans complications. Au bont de trois semaines, l'écoulement était tari. Le jeune homme se sentait tout à fait bien; il n'avait ni dyspnée ni palpitations.

Le 23 mars, pendant une promenade, il fut pris d'une attaque de syncope, de courte durée. Dans la nuit du 24 au 25, il dut chercher en voiture, à une lieue et demie de distance, un médecin, son père se trouvant malade. Pendant le trajet il prit froid. Le lendemain matin il frissonnait dans son lit, et dans l'après-midi il eut un vrai frisson. Le médecin de la famille, mandé auprès du jeune homme, déclara, après l'avoir examiné, qu'il avait le cœur et les poumons en état normal. L'écoulement uréthral s'était rétabli.

Le 29 mars, on constatait la présence d'un grand nombre de taches rouges sur la figure, les avant-bras, les mains, les cuisses, les pieds, le tronc du jeune malade. Ces taches disparaissaient sous la pression du doigt. Rien d'anormal au cœur; pas d'œdème à la face et aux pieds. La rate avait un volume normal. Le médecin crut d'abord à une roséole syphilitique, et il fit diriger le malade sur l'hôpital de Leipzig. Voici « l'état présent » qu'on releva le 6 avril.

Jeune homme vigoureux, à muscles bien développés, teint rouge. T. m. 40°,5. Peau chaude, humide. Le corps tout entier, à l'exception des plantes des pieds, des paumes des mains et du cuir chevelu, était parsemé de taches rouges, dont les dimensions variaient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille. Quelques-unes de ces taches étaient de simples foyers d'hyperémie, d'autres laissaient une teinte jaune sous la pression du doigt, d'autres encore étaient nettement hémorrhagiques. Des taches semblables étaient répandues sur la face interne des joues, sur le palais et sur le voile du palais. La luette et le voile étaient légèrement œdémateux. Les amygdales étaient saines. Pendant les efforts de déglutition, le malade éprouvait dans la gorge une sensation très douloureuse de brûlure. Sous le maxillaire inférieur droit on sentait des ganglions engorgés. La matité précordiale dépas-

(1) Académie des Sciences, 25 juillet 1892.

(2) Ce pigment, comme le pigment du sang d'*Aplysia depilans* (voir L. CUÉNOT, *Comptes rendus*, t. CX, p. 724), n'a pas une fonction respiratoire. Ce pigment est une lutéine ou lipochrome.

(3) Touchant la physiologie de *Patella* voir A.-B. GRIFFITHS, *Proceedings of the Royal Society of London*, vol. XLII, p. 392; 1887 et vol. XVLIV, p. 327; 1888.

sait notablement ses limites normales. Au niveau de la pointe on percevait, à l'auscultation, un souffle systolique, qui se continuait an niveau de l'orifice pulmonaire et an niveau de l'orifice aortique. Le rythme des contractions cardiaques était tout à fait régulier. Rien d'auormal à l'inspection des organes génitaux. Le malade avait rendu dans les vingt-quatre heures 3 litres d'urine, ne contenant ni sucre, ni albumine.

Dans les jours qui ont suivi on a noté, comme manifestations intéressantes à signaler, une fièvre à type rémittent, de la polyurie, une dureté croissante de l'ouïe, de l'anorexie. En outre, la matité précordiale avait encore augmenté d'étendue. Dans la nuit du 24 avril, le malade est mort subitement.

A l'autopsie on a constaté les traces d'une anémie généralisée, d'nn œdème pulmonaire avec ecchymoses de la plèvre; de petits foyers hémorahagiques se voyaient au-dessous du péricarde et de l'endocarde. Au niveau des valvules aortiques, traces d'une endocardite ulcéreuse. Thrombus puriforme ramolli, vers le sommet du cœur. Myocardite interstitielle. Nombreux thrombus veineux dans le plexus pubique, etc.

L'auteur voit dans cette observation nn exemple de complications pyémiques graves, survenues dans le cours d'une gonorrhée. Les accidents ont eu leur point de départ dans le plexus pubique et dans les veines de la prostate, où se sont formés des thrombus septiques; de là l'infection a gagné d'autres régions du corps, la rate, les reins, les poumons, les séreuses, le cœur. C'est l'inflammation interstitielle du myocarde qui a été la cause prochaine de la mort.

A noter encore qu'on a découvert des foyers de ramollissement dans la moelle allongée, qui rendaient compte de la polyurie et de la dureté de l'ouïe constatées du vivant du malade.

Dans les archives de l'hôpital de Leipzig, l'auteur a trouvé la relation d'un autre cas d'endocardite ulcéreuse, consécutive à une blennorrhagie, et dont voici un abrégé.

Jeune homme de 19 ans; avait contracté une blennorrhagie au mois de mars 1879. L'écoulement uréthral a duré six semaines. Le 18 mars, c'est-à-dire au début de la blennorrhagie, l'articulation du conde a été envahie par une tuméfaction douloureuse, et l'avant-bras se trouva immobilisé en flexion. En même temps, le malade fut pris de fièvre, avec frissons. La fièvre revenait par accès, au nombre de deux tous les jours, pendant lesquels les jointures des membres étaient le siège de douleurs lancinantes.

Le malade est entré à l'hôpital le 27 juillet. Là on constata l'existence de complications cardiaques. Tous les jours, dans la matinée, le malade avait un accès de fièvre, durant lequel la température s'élevait jusqu'à 41°; la rate n'augmentait pas de volume. La quinine est restée sans influence sur la fièvre; celle-ci cédait très rapidement à l'administration du salicylate de soude, mais l'accès se reproduisait le lendemain.

Pendant le courant du mois d'août on a constaté une cyanose très manifeste, de la dyspnée, une grande irrégularité de l'activité cardiaque, le nombre des pulsations s'élevant jusqu'à 102. Œdème pulmonaire.

Le malade a succombé le 30 août. Voici l'énumération des principales lésions constatées à l'autopsie: Endocardite ulcéreuse aiguë, s'étant propagée à l'aorte; anévrysme de la portion initiale de ce vaisseau, avec nombreuses excroissances verruqueuses. Hypertrophie excentrique du ventricule gauche. Rate considérablement augmentée de volume, parsemée d'un certain nombre de noyaux récents d'infarctus. Néphrite parenchymateuse subaiguë. Légère dégénérescence graisseuse du foie. Œdème pulmonaire. Hydrothorax; hydropéricardite.

Les deux observations qui précèdent diffèrent en ce que dans la seconde, les complications cardiaques ont été précédées par une arthrite blennorrhagique, contrairement à ce qui a eu lieu chez le sujet de la première observation Or, cette coïncidence de l'arthrite blennorrhagique et d'une affection cardiaque a été notée dans un certain nombre de cas de blennorrhagie, et on a voulu y voir la preuve que les complications cardiaques survenant dans ces conditions ne relèvent point de l'infection gonorrhéique, mais sont en rapport avec les accidents articulaires, et comparables aux complications cardiaques des affections rhumatismales. Or, il est généralement admis de nos jours que l'arthrite, dite blennorrhagique, n'a rien à voir avec le rhumatisme. On tend de plus en plus à admettre que cette arthrite, comme aussi les complications cardiaques qu'on a observées dans un certain nombre de cas de blennorrhagies, sont le produit d'une infection soit par le gonococcus seul, soit par ce microbe et par d'autres microorganismes pathogènes, *streptococcus*, *staphylococcus pyogènes*. Les principaux faits qui témoignent en faveur de cette manière de voir ont été relatés dans ce recueil.

M. His s'est demandé si les formes bénignes de complications cardiaques survenant dans ces conditions ne seraient pas l'expression d'une infection par le seul gonococcus, les formes graves relevant d'une infection mixte par le gonococcus et par d'autres microbes pyogènes? La preuve de cette manière de voir est encore à faire. Une chose est démontrée, c'est que des complications cardiaques peuvent se développer dans le cours et sous l'influence d'une blennorrhagie, indépendamment de toute manifestation articulaire; la première observation de M. His en est un exemple.

Un autre fait clinique relaté par M. His montre qu'une affection cardiaque, de date plus ou moins ancienne, peut s'aggraver sous l'influence d'une blennorrhagie intercurrente. Ce fait concerne un étudiant de 23 ans qui avait eu une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu en 1879. Puis, jusqu'en 1887, il avait eu chaque année une nouvelle attaque, de trois ou quatre semaines de durée. Il était affecté d'une lésion cardiaque (insuffisance mitrale) qui l'avait fait exempter du service militaire.

A l'âge de 18 ans, il avait contracté une blennorrhagie, de quatre semaines de durée. L'année suivante, nouvelle atteinte de blennorrhagie, avec épididymite. Enfin, au mois de février 1890 l'écoulement uréthral avait reparu. Le 15 du même mois le malade présentait de l'irrégularité du pouls, des palpitations; diminution notable de la quantité des urines.

Le malade entre à l'hôpital. On constate une augmentation notable de l'étendue de la matité prémordiale; la zone de matité débordait de deux travers de doigt la ligne axillaire. Souffle systolique à la pointe; dédoublement du bruit pulmonaire. Sensation d'engourdissement et de fourmillements dans les membres du côté gauche; diminution de force dans ce même côté. Le malade était très agité. Il avait de l'hémicrânie. Le pouls était toujours très irrégulier, à l'époque où le malade demanda à quitter l'hôpital.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

NÉCROLOGIE

Villemin.

Le Dr Villemin (Jean-Antoine), qui était et sera toujours l'une des gloires de la médecine militaire, est mort à Paris dans sa soixante-sixième année, le 8 octobre courant. Né le 25 janvier 1827 à Prey (Vosges), Villemin a fait ses études médicales à Strasbourg. Sous-aide en 1853, aide-major de 1re classe en 1858, major de 1re classe en 1867, médecin principal en 1876, inspecteur en 1885, Villemin avait conquis tous ses grades à l'aide seule de son travail. C'est son étude tenace de la tuberculose, sa découverte géniale de la contagion de celle-ci, après des observations d'inoculations accomplies jusque sur lui-même, qui le placent au premier rang des médecins illustres de notre temps.

Une plume plus autorisée que la nôtre ne manquera pas de faire l'éloge de Villemin, dont la modestie et l'aménité égalaient le savoir. En relations constantes avec cet homme éminent dont nous avions suivi les belles leçons, lorsqu'il professait au Val-de-Grâce, ce n'est pas sans émotion que nous nous rappelons que le jour des obsèques de M. de Quatrefages, Villemin, déjà frappé par les prodromes de sa longue maladie, s'appuya un certain temps sur notre bras, ses forces allant lui manquer.

La foule émue des médecins civils et militaires, qui entourait l'autre jour ses restes mortels, les discours touchants prononcés par MM. Duguet, au nom de l'Académie, dont Villemin était vice-président, Colin, au nom du corps de santé militaire, auront atténué, nous l'espérons, la douleur irréparable dans laquelle est plongée sa famille.

Nous donnons ci-après la liste des principaux travaux de notre excellent confrère.

Du rôle de la lésion organique dans les maladies (Th. agrég. Strasbourg, 1862). — Précis d'histologie humaine (1860). — Du tubercule au point de vue de son siège, de son évolution, et de sa nature (1861). — De l'altération épithéliale de la conjective dans l'héméralopie (1863). — Traité élémentaire d'histologie humaine, normale et pathologique (1864). — Scléreme des adultes (1864). — Cause et nature de la tuberculose (1er mémoire, 1865 ; 2e mémoire, 1866). — De la phtisie et des maladies qui la simulent dans la série zoologique (1866). — Recherches sur la vésicule pulmonaire et l'emphysème (1866). — Du tubercule et des processus analogues (1867). — De la prophylaxie de la phtisie pulmonaire (1868).

Études sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité (*couronné par l'Institut*) (1868). — De la virulence et de la spécificité de la tuberculose (1868). — De la propagation de la phtisie (1869).

Dr A. DUREAU.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE, année 1892-1893. Saison d'hiver. MM. les élèves internes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre 1892.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — La composition écrite du concours de l'internat a eu lieu hier, mercredi 12 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, sur le sujet suivant : *Diaphragme. Symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.*

Questions restées dans l'urne : 1° Muqueuse de l'intestin grêle. Formes cliniques de la fièvre typhoïde ; 2° Plèvres. Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente.

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures. Le jury se compose de MM. Ferrand, Boissard, Broca, Josias, Guinard, Hartmann et Roger. Le nombre des candidats est de 466.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury se compose de MM. Gérard, Marchant, Lermoyez, Juhel-Renoy, Marfan, Bourcy, Chaput et Picqué.

Corps de santé militaire. — ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret, en date du 4 octobre 1892, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cravin, Laurent, Guillaume, Bonfils, Bastien, Hennoque, Grégoire, Trévelot, Gnntzburger dit Kinsbourg, Gouilloux, Lejeune, Le Marchant de Séguy, Rayer, Raullet, Gilbert, Turgis, Vannereau, Choiseau, Boutroux, Bigot, Boyer, Ridel, Lucas, Cartier, Lathoud, Jagot, Fourgs et Faure.

L'Association générale des médecins de France, à Paris, approuvée par arrêté ministériel du 31 août 1858, est autorisée à accepter, au nom de cette Association, le legs de la somme de 15.000 francs qui lui a été fait par la dame Marest (Thérèse-Adelaïde), veuve du sieur Huguier, suivant son testament olographe du 5 décembre 1883. Le produit de ce legs sera versé à la Caisse des dépôts et consignations pour y être inscrit au crédit du fonds de retraite de la Société.

Examens préparatoires des sages-femmes. — En présence des inconvénients croissants que présente trop souvent l'insuffisance de l'instruction première des aspirants au diplôme de sage-femme de première classe, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a décidé de rapporter les dispositions de la circulaire du 13 juin 1888. La possession du certificat d'études primaires ne dispensera plus, en aucune façon, les aspirants au titre de sage-femme de première classe de l'examen préparatoire institué par l'arrêté du 1er août 1879.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 2 AU 8 OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 1. — Rougeole, 2. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 19. — Affections cholériformes, 32. — Phtisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 37. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 34. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 76. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 18. — Sénilité, 21. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 7. — Total : 872.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

GYNÉCOLOGIE

DE L'OOPHOROSALPINGITE CHRONIQUE NON SUPPURÉE,

Par le Dr P. R. Charrier,
Ancien interne des hôpitaux.

(Les observations qui suivent ont été recueillies pendant notre année d'internat chez le Dr Pozzi, 1890-1891, soit par notre ami Cazenave, soit par nous.)

Rien n'est plus faux en clinique que les types tranchés. Les cas intermédiaires sont infiniment plus nombreux que les extrêmes. Lorsqu'on étudie l'histoire de la salpingite ou mieux de l'oophorosalpingite dans les livres, on éprouve une très grande difficulté à adopter une classification. Dans le livre admirable de notre maître M. Pozzi, il n'y a pas de chapitre qui ait coûté plus de peine à son auteur que celui où le chirurgien de Lourcine-Pascal traite des salpingites. Ce chapitre est à lui seul un livre, et rien de mieux, de plus clair n'a été fait sur la matière. Comment se fait-il cependant qu'après avoir lu et relu l'histoire de l'oophorosalpingite de la salpingite kystique, de la péri-métro-salpingite, etc., on éprouve néanmoins une satisfaction incomplète. C'est je crois qu'en réalité, à l'heure présente, il est impossible de mettre d'accord la clinique et l'anatomie pathologique, les causes, les symptômes et les lésions. Les notions bactériologiques sont également incomplètes et chaque jour amène une découverte nouvelle, qui infirme les connaissances anciennes. C'est surtout dans les salpingites chroniques non suppurées qu'il est difficile ou presque impossible de classer les espèces. Le pyosalpinx donne en effet des renseignements utiles par la nature du pus, mais en dehors de ces renseignements, ou lorsqu'ils manquent, il est horriblement difficile de préciser le point de départ des lésions tubo-ovariennes, leur marche, leur durée et leur terminaison. Les observations que nous publions plus loin appartiennent toutes à la variété d'oophorsoalpingites chronique non purulentes. Dans certaines d'entre elles la trompe est augmentée de volume, d'un côté ou des deux. Ses parois sont épaissies et on a sous les yeux la lésion de salpingite parenchymateuse, comme Pozzi l'a le premier décrite et nommée. Dans d'autres observations, nous trouvons une des variétés fréquentes de tubo-ovarite kystique, celle où le liquide renfermé dans la poche salpingienne est transparent citrin, séreux et contitue l'hydro-salpinx. Telles sont les deux formes d'oophorosalpingite chronique que nous rencontrons dans les 15 observations que nous publions et qui font parties des laparotomies faites par notre maître alors que nous étions ses internes, Cazenave, Petit, Wallich et moi. Déjà dans la *Gazette médicale* nous avons mis au jour 22 observations de notre année dont 15 de pyosalpinx. (Voir les numéros de la *Gazette* 18, 19, 22, 24, 25, 26, 37 et 39.) Eh bien, dans les observations précédentes comme dans celle-ci nous avons eu les mêmes difficultés. Toutefois, ainsi que nous l'avons dit dans notre thèse, la péri-métro salpingite suppurée, le pyosalpinx, présente une étiologie très simple, puerpérale, blennorrhagique, ou mixte. Il résulte de cette simplicité dans les causes qu'avec un interrogatoire précis, l'origine étant à peu près élucidée, on arrive cliniquement à différencier les deux espèces puerpérale ou blennorrhagique. Il n'en est plus de même dans les 15 cas actuels. Ici, en effet, une même lésion reconnaît des causes diverses. Tandis que les grands abcès pelviens, la péri-métro-salpingite suppurée, les pyosalpinx volumineux sont toujours dus à la puerpéralité; tandis que les pyosalpinx d'origine blennorrhagique sont très rarement volumineux et s'accompagnent d'adhérences excessives, avec péri-métro-salpingite séreuse; tandis que dans la puerpéralité les lésions sont fatalement progressives, dans la blennorrhagie au contraire il y a des rémissions et même des guérisons sans intervention. Tandis, en un mot, qu'il existe symptomatiquement deux variétés bien distinctes dans les pyosalpingites, au contraire, dans la salpingite ebronique non suppurée cette distinction due à l'étiologie est presque impossible. Nous espérons cependant montrer l'importance des faits cliniques que nous exposons, au point de vue de l'histoire de l'oophorosalpingite chronique.

Un fait qui frappe tout d'abord, c'est que sauf dans un cas où la malade a fait une fausse couche suivie de fièvre, frissons, etc., laquelle fausse couche cependant laissa la malade pendant neuf mois sans douleurs, sauf dans ce cas, dans tous les autres, l'infection blennorrhagique existe d'une façon manifeste, au point que nous demandons après la lecture très attentive de ces 15 observations, si la salpingite chronique parenchymateuse avec ou sans hydrosalpinx n'est pas seulement une conséquences de l'infection blennorrhagique. Ne sommes-nous pas en droit de dire : l'infection puerpérale isolée atteignant les annexes produit toujours une suppuration, qu'elle soit intra-tubaire, pyosalpinx, ou

intra-ligamentaire, phlegmon du ligament large, cellulite diffuse, etc. Il existe certains cas, rares il est vrai, dans lesquels la suppuration post-partum de la trompe peut se tarir, et dans ces cas la trompe devient lardacée, friable. Ces cas qui sont l'exception dans la puerpéralité, sont la règle dans la blennorrhagie. En d'autres termes, la salpingite kystique puerpérale forme le pyosalpinx : la salpingite puerpérale non kystique aboutit aux abcès pelviens périutuaires, aux phlegmons intra-ligamentaires.

La salpingite blennorrhagique kystique ne forme que des pyosalpinx très limités, très adhérents, pouvant se transformer, guérir ou aboutir à l'hydrosalpinx, voilà ce que nous sommes en droit d'affirmer aujourd'hui. Est-ce la vérité? Nous le croyons.

Nous publierons plus loin un cas de péritonite généralisée, dans lequel les anses intestinales étaient fusionnées par des adhérences plastiques sans suppuration. La laparotomie fut pratiquée en pleine péritonite, et l'on trouva une double salpingite catarrhale aiguë avec rougeur de la trompe, œdème, etc. Dans ce cas, la blennorrhagie existait seule.

Dans la blennorrhagie, au contraire, les phénomènes que l'on observe sont conjonctifs, la trompe est le point de départ de la périsalpingite, elle s'épaissit, devient parenchymateuse, mais il n'y a pas d'épanchement purulent. Nous ferons d'ailleurs quelques réflexions après que nous aurons publié les observations suivantes :

OBSERVATION I.

Salpingite parenchymateuse ancienne, d'origine blennorrhagique ; poussée aiguë de péri-métro-salpingite récente ; fortes adhérences ; ablation des annexes ; guérison. (*Revue de chirurgie*, t. XI, p. 629, 1891.)

L... (Rose), âgée de 22 ans, entrée le 7 juin 1890, salle Pascal A, lit n° 5.

Antécédents personnels : Rougeole à 3 ans Réglée pour la première fois à 19 ans, la malade dit avoir souffert dans le bas-ventre il y a sept ans ; elle éprouvait alors les mêmes douleurs que celles qu'elle accuse aujourd'hui. Elle a toujours été bien réglée et n'a d'écoulement blennorrhéique que depuis deux mois. Cet écoulement a sensiblement augmenté et s'est accompagné de douleurs à la miction. Il y a six mois la malade avait eu une adénite suppurée dans l'aine droite, il n'a pas été possible d'en déterminer la cause. Il y a six semaines la malade a commencé à souffrir dans le bas-ventre, elle se plaignait surtout du côté droit. Elle a été prise à ce moment de vomissements qui ont duré une semaine environ ; tout cela était accompagné d'une fièvre modérée. Depuis son entrée dans le service, elle n'a pas présenté de fièvre. L'état général est excellent et la malade ne se plaint que de douleurs intenses dans le ventre, douleurs que le repos ne fait pas disparaître, les mouvement les exagèrent.

Au moment de son entrée on constate que la pression de l'abdomen est des plus douloureux surtout au niveau de la fosse illiaque droite. Au toucher, on constate que l'uterus est immobilisé. L'exploration bimanuelle montre la présence d'une double tumeur adhérente en arrière à l'utérus et plus prononcée du côté droit.

M. Pozzi porte le diagnostic suivant : *Double salpingite parenchymateuse et adhérente avec prédominance des lésions du côté droit.*

La malade est opérée le 14 juin 1890. Ablation des annexes des deux côtés ; l'opération a été très laborieuse par suite d'adhérences multiples et résistantes. Les trompes sont le siège de lésions déjà anciennes avec oblitération du pavillon. Les deux ovaires sont le siège d'une dégénérescence scléro-kystique. Réunion par première intention.

La malade sort guérie le 17 juillet. La malade est venue nous revoir il y a huit jours, le 27 octobre. Elle se porte parfaitement.

OBSERVATION II.

Salpingite parenchymateuse ; adhérences excessives ; ablation des annexes ; guérison. (*Revue de chirurgie*, t. XI, p. 629, 1891.)

R... (Marie), âgée de 23 ans, entrée le 18 juin 1890, salle Pascal A, lit n° 16.

Pas d'antécédents. Réglée à 15 ans pour la première fois, mais ne l'est régulièrement qu'un an plus tard ; depuis lors l'a toujours bien été quoique très abondamment. Il y a cinq mois, se marie, et commence à perdre en blanc trois semaines après son mariage ; trois mois plus tard, fait une fausse-couche, diagnostiquée par une sage-femme, qui lui a donné des soins et la laisse se lever au bout de dix jours. Depuis ce moment elle n'a plus ses époques et elle souffre des douleurs dans le ventre. Ces douleurs sont très marquées dans les deux côtés de l'hypogastre, surtout à droite. Elles l'empêchent de travailler pour vivre. De plus, tous les jours, vers 5 heures, elle est prise de petits frissons et de fièvre. Se décide à entrer à l'hôpital Pascal.

M. Pozzi trouve à l'examen, au toucher, une tumeur immobile située en arrière de l'utérus auquel elle adhère, elle est surtout marquée à gauche. En avant et à droite on sent une autre tumeur plus mobile et du volume du poing. On diagnostique une double salpingite chronique parenchymateuse.

Laparatomie le 21 juin. Après ouverture du ventre, M. Pozzi arrive sur les annexes et trouve les trompes très adhérentes, friables, se déchirant sous les tractions et donnant un suintement sanguin assez abondant. Les adhérences de la face postérieure de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas sont aussi rompues et donnent beaucoup de sang. La trompe gauche est amenée au niveau de l'incision et se sépare presque en entier du ligament large : en cédant aux tentatives d'extraction, avant qu'on ait pu lier le pédicule. On ne peut détacher et extirper que la trompe et l'ovaire droit. En effet, la trompe gauche n'est enlevée qu'à moitié. Toute la partie interne restant adhérente à l'utérus. Le suintement sanguin est arrêté par compression avec des compresses. Lavage et drainage de Mickulicz, au point de vue hémostatique surtout.

L'examen des pièces donne les résultats suivants : La trompe droite ressemble à un boudin ; elle est épaissie dans ses parois et sa lumière est dilatée. Le pavillon de la trompe gauche est bypertrophié et les franges sont considérablement agglutinées. L'ovaire droit est transformé en petits kystes folliculaires à parois minces, de couleur blanc nacré, dont plusieurs ont été rompus pendant l'opération.

La malade sort guérie le 3 août. Elle a été revue depuis (5 novembre et 11 novembre), elle se porte très bien et ses époques menstruelles sont très régulières depuis trois mois. Rappelons à ce propos que la moitié interne de la trompe gauche a été laissée dans le ventre.

OBSERVATION III.

Salpingite chronique d'origine blennorrhagique périmétrite; périsalpingite.

B... (Rose), âgée de 21 ans, mécanicienne, entrée le 18 août 1890, salle Pascal A, lit n° 18 *bis*.

Père et mère morts de maladie de poitrine. Une sœur bien portante. Réglée à 15 ans, premières règles non douloureuses mais pas régulières, la malade reste quelquefois un mois sans voir. A l'âge de 16 ans, les règles ont cessé pendant trois mois. A ce moment elle eut de l'œdème des membres inférieurs et de l'abdomen avec douleurs très fortes surtout au niveau de la région cœcale. Les règles ont reparu sans douleurs ni pertes abondantes.

En somme, la malade nie tout accident puerpéral. Ses premiers rapports sexuels datent de 1888, la malade avait 18 ans; toutefois ce n'est qu'au mois de juin 1890 que la malade commence à perdre abondamment en blanc, en même temps au commencement de juillet les douleurs deviennent beaucoup plus vives dans le bas-ventre, surtout à droite à l'endroit où déjà elle avait souffert à 16 ans. A l'époque de ses règles, le 5 juillet, les douleurs furent encore plus vives et s'accompagnèrent de ballonnement du ventre et de quelques vomissements. néanmoins tous ces phénomènes s'apaisèrent un peu à mesure que les règles s'établissaient et coulaient normalement. Toutefois, le 27 juillet 1890, la malade, qui avait eu une vraie rémission dans les phénomènes douloureux tout en conservant son écoulement, vit cet écoulement augmenter beaucoup à la suite d'excès multiples. La couleur était verdâtre, il y avait de la chaleur et même de l'ardeur en urinant; comme elle continuait à aller et venir, les douleurs de nouveau prirent le caractère d'acuité qu'elles avaient eu le mois précédent, existant aussi bien à gauche qu'à droite. Toutefois il n'a pas été constaté de vomissements. Les règles vinrent comme en juillet amenant avec elles un peu de soulagement. Cependant lorsqu'elles furent finies la malade raconte avoir conservé bien plus que le mois précédent de la sensibilité dans l'abdomen, et cette fois c'était dans la fosse iliaque gauche que siégeait le maximum des phénomènes douloureux. Malgré les injections et deux petits vésicatoires, la malade continuant à souffrir et à perdre en blanc, se décida à ne pas attendre les règles de septembre et entre à l'hôpital le 18 août 1890.

M. Pozzi constate: col conique, utérus en antécourbure. Dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche existe une tumeur ligneuse très douloureuse, adhérant à la face postérieure de l'utérus et à la paroi pelvienne, qui par la palpation bimanuelle proémine dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est volumineuse et englobe presque tout l'utérus. Dans le cul-de-sac vaginal droit existent quelques végétations simples. En outre la muqueuse est rouge et de l'urèthre on fait sourdre une gouttelette de pus.

M. Pozzi se décide à l'opération, qui est pratiquée le 3 septembre.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve des deux côtés de l'utérus des masses élastiques très adhérentes aux bords de l'organe. Ces masses, très volumineuses, sont formées par des adhérences multiples de péri-métro-salpingite s'entrecroisant en tout sens et ayant fusionné l'intestin à l'utérus. A grand'peine, M. Pozzi dégage par dilacération des annexes gauches qui forment une tumeur (œuf). On ne peut distinguer l'ovaire de la trompe, il est difficile d'attirer le ligament large, on sectionne le ligament infundibulo-pelvien entre deux ligatures; après quoi on arrive à pédiculiser difficilement les annexes et à les sectionner; il est permis de distinguer difficilement alors la muqueuse de la trompe hypertrophiée qui coiffe comme un épididyme l'ovaire scléro-kystique.

A droite, la tumeur est plus grosse, on distingue à l'œil nu une grosse trompe qui coiffe l'ovaire anfractueux; la trompe, élastique, lardacée, présente les apparences d'une salpingite parenchymateuse hypertrophiée.

La section de l'ovaire montre une masse analogue pleine de petits kystes folliculaires.

Les suites opératoires ont été excellentes: la cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente jours, c'est-à-dire le 1er octobre, complètement guérie. La malade a été revue depuis et en parfaite santé.

OBSERVATION IV.

Hydrosalpinx droit; salpingite parenchymateuse gauche; ablation des annexes; guérison.

B... (Anne), 38 ans, entrée le 24 juillet 1890.

Réglée à 15 ans. Règles abondantes non douloureuses, irrégulières. Mariée à 16 ans. Grossesse un an après, couches normales. Depuis l'âge de 20 ans douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches qui ont cessé par l'amputation du col pratiquée par M. Pozzi (14 juillet 1888). Depuis règles irrégulières, douloureuses, très abondantes; la malade reste quelquefois trois mois sans voir, puis les règles reviennent très abondantes et durent quinze jours.

Dernièrement elle fut atteinte de l'influenza et resta deux mois alitée avec le ventre dur, douloureux, ballonné.

La malade est examinée sous le chloroforme et on constate: Une tumeur du volume d'un œuf de dinde qui efface les culs-de-sac et qui est douloureuse à la pression.

Diagnostic. — Salpingite probablement kystique.

Laparotomie le 30 juillet.

Du côté gauche les annexes sont fusionnées avec une tumeur formée par la trompe parenchymateuse très épaissie et dont le pavillon oblitéré est renflé en forme de massue, l'ovaire scléreux contient de nombreux petits kystes transparents. Du côté droit l'ovaire présente les mêmes lésions et il est intimement uni à la trompe, dont l'extrémité offre le volume d'un œuf de pigeon et coiffe l'ovaire à la manière d'un casque; la trompe, dont les parois sont très minces, transparentes et finement vascularisées, est dilatée jusqu'au voisinage de sa partie utérine qui est oblitérée, elle contient quatre à cinq cuillerées d'un liquide citrin.

Les suites de l'opération sont normales, réunion par première intention.

La malade sort guérie le 3 septembre 1890.

L'observation I est nettement blennorrhagique. Quant à l'observation II on retrouve également, trois semaines après le mariage, l'infection blennorrhagique, mais c'est après une fausse couche que commencèrent les accidents qui ont conduit la malade à Pascal. Quant aux deux autres observations la blennorrhagie est certaine dans les deux cas.

(A suivre.)

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES (1).

Par M. le Dr Péan.

Si l'on prenait à la lettre la dénomination aujourd'hui adoptée, il faudrait passer en revue toutes les suppurations du bassin dans les deux sexes, quelles que fussent leurs causes, leur origine et leur siége. La nature et le programme du congrès indiquent nettement la délimitation qu'il convient d'adopter : les suppurations pelviennes dont le traitement nous intéresse à l'heure présente, ce sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme, comme l'a fort bien indiqué notre honorable rapporteur Segond.

Dans mon enseignement, je leur applique d'habitude une classification commode pour l'exposition et qui correspond bien aux différents processus cliniques qu'on rencontre ; je les divise en suppurations types dans lesquelles les organes intéressés sont indemnes de toute lésion en dehors de l'affection suppurative, suppurations mixtes ayant pour point de départ un utérus atteint d'altérations préexistantes, sténoses, oblitérations, fibromes sarcomes, cancers ; suppurations compliquées, c'est-à-dire ayant amené par propagation des désordres des organes voisins, particulièrement de la vessie, du rectum ou de l'intestin grêle.

Les suppurations peuvent être limitées à l'utérus ou étendues à ses annexes et sous ce nom je comprends les trompes, les ovaires, le ligament large et le péritoine pelvien.

Pour les traiter je m'oriente exclusivement d'après les indications tirées des deux sources que je viens de mentionner.

Sommes-nous en présence d'une suppuration type, myxte ou compliquée? Intéresse-t-elle l'utérus seul? Intéresse-t-elle cet organe en ses annexes? Voilà les seules questions que je me pose. Je me préoccupe peu de la nature microbienne de la maladie. L'agent pathogène est-il un streptocoque ou un gonocoque? Autrement dit, la suppuration est-elle septique ou blennorrhagique? les problèmes extrêmement intéressants au point de vue pathologique et scientifique, le sont moins pour le praticien, car jusqu'à présent on n'a guère obtenu de ce chef de renseignements utiles pour juger la valeur respective des traitements employés lorsque les collections existent. Je ne fais même pas exception pour les suppurations tuberculeuses dont le pronostic est plus grave que celui des autres, mais dont le traitement est analogue au leur.

Inutile d'espérer guérir ces maladies par une médication unique, par une sorte de panacée universelle.

Il n'y a peut-être pas en gynécologie d'affections dans lesquelles il soit plus nécessaire de préciser le diagnostic, de serrer de près les indications et d'y répondre.

I

Voyons d'abord les suppurations types : je n'insiste pas sur celles qui sont limitées à l'utérus, tous les médecins connaissent parfaitement les moyens d'en avoir raison. Le traitement est un peu plus difficile lorsque le mal a gagné les trompes. Si elles sont encore perméables, si leur invasion est récente, on réussit à les guérir par des médications topiques très simples, telles que la dilatation de l'utérus, les injections antiseptiques et les curettages.

La propagation au ligament large exige l'incision du foyer suppuré : les pelvi-péritonites purulentes ou séro-purulentes enkystées peuvent être guéries par le même procédé. On fait l'incision dans les culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, le raclage, le drainage, les injections antiseptiques. Lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop altérés, ces moyens suffisent. Un certain temps s'est écoulé depuis les accidents initiaux, l'endométrite n'a pas été traitée, ou si elle l'a été, on n'a rien obtenu, il faut songer aux moyens radicaux. A ce moment, les tuniques muqueuse et musculeuse de la matrice s'hypertrophient et se ramollissent, une des trompes s'oblitère, devient kystique et donne lieu à la formation d'une tumeur qui augmente progressivement de volume, devient bosselée, contracte de solides et vasculaires adhérences avec les organes voisins, le kyste peut se rompre dans le ligament large ou le péritoine. Quand une seule trompe est prise, le chirurgien peut, s'il voit la malade assez tôt, faire l'ouverture méthodique du cul-de-sac latéral du vagin, disséquer le ligament large jusqu'à la trompe sans ouvrir le péritoine, inciser la cavité kystique. Ces moyens suffisent parfois pour guérir à condition qu'on laisse à demeure un tube à drainage pour les injections antiseptiques jusqu'à la rétraction des parois de la cavité. Dans ce cas, on obtient également de bons résultats en enlevant l'unique trompe intéressée par voie abdominale ou vaginale.

Pour un chirurgien exercé, il est généralement facile de savoir si les deux trompes sont prises en combinant le toucher vagino-rectal au palper hypogastrique. Lorsqu'il reste des doutes, on peut les lever en ouvrant le péritoine par l'abdomen ou par le vagin et en s'assurant de l'état des organes. Des lésions tubaires analogues à celles que nous venons de mentionner sont une cause de stérilité irrémédiable ; il est inutile de songer à la conservation d'une fonction perdue, le chirurgien n'a plus qu'à enlever les trompes.

L'opération peut être faite facilement par la voie abdominale si la suppuration est tubo-utérine, s'il n'y a pas d'adhérences anciennes et solides.

Depuis longues années, nous avons posé en principe que, dans ces cas, il est préférable d'extirper en même temps l'utérus, les trompes et les ovaires par voie vaginale.

C'est sur ce point qu'ont porté les discussions les plus ardentes relatives à la thérapeutique des affections pelviennes.

Des lésions suppurées bilatérales exigent une intervention décisive, tout le monde l'admet. Quelle est la meilleure voie à suivre ? Quelle est la meilleure des méthodes proposées? Tel est le problème à résoudre.

Bon nombre de nos confrères, s'en tenant à une tradition qui a longtemps régné en maîtresse en chirurgie, croient qu'il faut faire une laparotomie, enlever les trompes et les ovaires et laisser l'utérus en place. J'ai déclaré et je me suis efforcé de démontrer qu'il est préférable de ne pas toucher à la paroi abdominale et d'enlever l'utérus et ses annexes par voie vaginale. J'ai été assez heureux pour rallier à mes idées d'éminents collègues. Deux d'entre eux, MM. Segond et Reclus, les ont défendues avec une conviction et un talent

(1) Congrès de gynécologie de Bruxelles, 1892.

qu'il est impossible de surpasser. Leurs plaidoyers ont soulevé des tempêtes ; les plus modérés de nos adversaires ont formulé des réserves défiantes et d'amères critiques. Mon opinion n'a été modifiée en quoi que ce soit ; je pense aujourd'hui comme je le pensais il y a deux ans au moment du congrès de Berlin, que ma méthode est la plus sûre et la meilleure qu'on puisse appliquer dans le traitement des suppurations pelviennes avec lésions bilatérales des annexes de l'utérus.

Comme cette conviction n'a rien de sentimental, je vais essayer d'exposer aussi brièvement et aussi clairement que possible les raisons sur lesquelles elle repose.

Rappelons d'abord la solidarité pathologique de l'utérus et de ses annexes. J'ai dit et répété qu'il est presque toujours pris en même temps que les trompes. Les lésions suppuratives limitées aux ovaires sont extrêmement rares, sont à la suite de traumatismes. Ces organes sont envahis moins facilement que les conduits tubaires à la suite des phelgmasies intra-utérines. Cela n'empêche pas que chez toutes mes opérées ou à peu près, ils présentaient des lésions séreuses, le pus était collecté en abcès ou il infiltrait le parenchyme.

Dans les cas moins avancés, ils avaient diminué de consistance, étaient devenus friables ; on sait avec quelle facilité ils se sclérosent et contractent des adhérences.

Ainsi transformés, ils ont perdu leur utilité et ne sont bons qu'à faire souffrir. Poussées de pelvi-péritonite, métrorrhagies profuses, accidents nerveux apparentés à l'hystérie, ces manifestations se succèdent, se compliquent, évoluent tumultueusement en même temps, elles sont assez pénibles pour qu'on n'hésite pas à enlever l'organe dégénéré qui le provoque.

L'invasion du péritoine pelvien et des ligaments larges n'est pas une éventualité rare ; elle implique la nécessité de donner au pus une large issue vers l'extérieur suivant la direction la plus déclive ; c'est le seul moyen d'éviter l'ouverture spontanée du côté de la vessie, du rectum et de l'intestin grêle. La voie qui répond réellement à cette indication, nous n'avons pas besoin de le dire, c'est la voie vaginale.

Ainsi, d'une part, la connexion des lésions de l'appareil génital interne motive et légitime l'ablation *in toto* de l'utérus, des trompes et des ovaires ; de l'autre, la nécessité de frayer au pus une large voie dans le sens suivant lequel son écoulement sera le plus facile conduit nécessairement à l'idée qu'il faut opérer de préférence par le vagin.

Ces raisons ne sont pas les seules pour lesquelles j'ai proposé de substituer notre méthode à celle dont on avait si bien cru l'adoption définitive.

Je préfère l'extirpation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes à l'ablation isolée des annexes par l'abdomen parce que je considère la première opération comme la plus faci[illegible] les cas graves, parce que je la crois plus sûre, [illegible] le met à l'abri des redoutables inconvénients dès la[illegible]

C'est [illegible]n, faire bon marché des objections. Je conn[illegible] qu'on a soulevées ; j'ai admiré les petits chefs-d'o[illegible] dialectique à l'aide desquels on s'est efforcé de [illegible]dre irréfutables ; mais je suis forcé de reconnaître que nos contradicteurs ont durement peiné pour bâtir dans le sable.

L'opération que je propose, disent-ils, est difficile ; elle est barbare, car elle comporte fatalement le sacrifice d'une fonction qui pourrait être conservée ; elle est infidèle dans ses résultats parce qu'elle oblige d'abandonner dans le bassin des fragments de tissu altérés qui donneront lieu à des fistules intarissables ou à des récidives ; la statistique qu'elle fournit est moins favorable que celle de l'ablation isolée des annexes par l'hypogastre.

Voilà les arguments les plus sérieux ou plutôt les seuls sérieux qu'on a développés contre la méthode ; nous allons tâcher d'y répondre.

A. — *L'extirpation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale est difficile ; elle expose à des hémorrhagies qu'il est très difficile d'arrêter.*

On ne se douterait guère, en lisant ce qui a été dit de différents côtés, particulièrement à la Société de chirurgie, qu'on est en présence d'une méthode dont l'application est extrêmement laborieuse ; je ne rappellerai pas ici le manuel opératoire, tout le monde le connaît et cela m'entraînerait dans des développements superflus. De nombreux confrères ont fait, pour la première fois, l'opération dans des conditions exécrables, chez des malades pour lesquelles ils n'espéraient plus arriver à rien par les procédés habituels, ces confrères ne connaissaient la méthode que par ouï dire ; ils ne l'avaient jamais ni appliquée ni vu appliquer, et cependant ils ont débuté par des succès. Beaucoup d'opérations de ma statistique ont été faites sous mes yeux avec habileté par mes internes à l'hôpital Saint-Louis.

L'hémorrhagie n'est pas plus à craindre par une voie que par une autre pour qui sait placer à propos les pinces. Est-on bien autorisé, en présence de telles circonstances, à parler de difficultés opératoires. C'est là une simple hyperbole.

B. — *On sacrifie de parti pris une fonction, qu'on pourrait conserver, si les lésions étaient unilatérales, et il est impossible de savoir si elles le sont.*

Je n'ai jamais dit qu'il fallait enlever l'utérus et ses annexes pour des affections d'un seul côté, mais je l'ai dit et je répète qu'il est aussi facile de se rendre compte de l'état des organes pelviens quand on opère par voie vaginale, que quand on opère par voie abdominale. Il suffit d'ouvrir le cul-de-sac du péritoine, d'introduire le doigt par l'ouverture et de reconnaître l'état des annexes ; s'ils sont kystiques d'un seul côté, il est facile de les attirer et de les extirper. Il est même facile grâce à ce procédé de voir si la maladie a son point de départ dans un organe voisin tel que la vessie ou l'intestin. Dans un cas où une collection purulente paraissait appartenir aux trompes, j'ai pu m'assurer au moyen d'une incision faite dans le cul-de-sac postérieur qu'elle siégeant dans la paroi antérieure du rectum.

Dans un cas analogue, Segond a reconnu que la tumeur appartenait à la face postérieure de la vessie. Qu'on enlève les annexes ou qu'on les laisse en place, quelques points de suture suffisent à fermer l'incision exploratrice.

Pourquoi d'ailleurs reprocher si vertement aux partisans de la méthode vaginale une mutilation inutile ? Quand on excise les annexes des deux côtés, à quoi peut servir l'utérus, si non comme terrain de culture pour des micro-organismes ou des éléments cancéreux.

Avant qu'il fût question d'opérer par le vagin, des gynécologistes enlevaient de parti pris par les hypogastres les annexes des deux côtés, lorsqu'elles n'étaient malades que d'un seul. Lawson Tait, Savage, Mundé préconisent aujourd'hui cette manière de faire. Qu'on l'envisage comme on voudra, il est bien difficile de trouver un pareil argument péremptoire.

C. — *Il est impossible d'enlever par voie vaginale tout le tissu morbide; il reste des débris qui donnent lieu à des fistules intarissables et à des récidives.*

Cette assertion est exacte; il est parfois difficile d'arracher complètement de vastes poches purulentes très adhérentes. Mais ce qu'on ne peut pas enlever par la voie vaginale, on ne l'aurait pas enlevé davantage par voie abdominale; il faut, dans les deux cas, faire le drainage; or le drainage suivant la déclivité par le vagin, est toujours préférable au drainage par l'hypogastre.

Une malade de mon service, à propos de laquelle Bazin avait reproché à la méthode de laisser à sa suite des trajets fistuleux, est aujourd'hui complètement guérie, sans qu'on ait fait autre chose que du drainage et des injections antiseptiques. — L'objection s'applique bien plus justement aux opérations faites par la voie abdominale. Je possède un nombre respectable d'observations dans lesquelles l'utérus a dû être enlevé en dernier ressort par le vagin, parce que la suppuration avait continué malgré l'ablation des annexes. Chez une malade que j'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers, et qui est guérie, on avait ouvert un premier abcès pelvien par le cul-de-sac postérieur du vagin, les accidents continuèrent; l'ablation par voie abdominale des annexes du côté droit ne les fit pas disparaître; celle des annexes du côté gauche faite par un troisième chirurgien ne les guérit pas davantage. Lorsque j'eus enlevé l'utérus par voie vaginale, je m'aperçus qu'une partie de la trompe de ce côté avait été laissée en place, et qu'elle donnait, comme la matrice, du pus en abondance. — Une malade chez laquelle Peyrot appliqua la méthode en question avait eu les annexes enlevées peu auparavant par voie abdominale par Richelot.

D. — *La statistique des opérations faites par voie vaginale contre les suppurations pelviennes est moins favorable que celle des opérations faites par voie abdominale.*

Différents confrères ayant déjà répondu, je me bornerai à donner ici quelques chiffres de ma statistique.

Au mois d'août 1890, j'avais 60 opérations sans un insuccès. Après les vacances, je repris mon service à Saint-Louis le 17 décembre 1890. Voici les résultats que j'ai eus depuis ce moment jusqu'au 1er janvier 1892 :

17 septembre 1890 au 1er janvier 1891 : 18 opérations, pas de mortalité. 1er janvier au 31 décembre 1892 : 72 opérations, une malade morte d'épuisement le sixième jour. Sur ces 150 malades, dont les observations ont été régulièrement suivies, 145 sont encore vivantes et complètement guéries.

4 ont succombé au cours de l'année qui a suivi l'opération dans les conditions suivantes :

2 mortes de tuberculose pulmonaire.
1 d'hémorrhagie cérébrale.
1 d'accidents dus à la syphilis viscérale.

Sur cette statistique de 150 cas, nous avons donc un seul décès qu'on peut mettre au passif de l'intervention. Peu d'opérations fournissent de meilleurs résultats.

Dans presque tous ces cas, nous avions affaire à des suppurations de date ancienne intéressant à la fois l'utérus et ses annexes. La plupart étaient accompagnées d'accidents généraux et locaux qui rendaient la vie insupportable aux malades.

J'ai noté des manifestations hystériques depuis la grande attaque jusqu'aux accès de somnambulisme. La dyspareunie et le vaginisme étaient fréquents. Plusieurs personnes avaient un sphacèle étendu du corps utérin; chez d'autres, des ulcérations de la portion des trompes voisines de l'utérus avaient amené la formation d'hématocèles, puis de suppuration; les hématocèles, les cystocèles, les rectocèles, ont été souvent observés; chez d'autres femmes, le rectum, distendu à l'extrême, était sur le point de se rompre, et le détachement des adhérences fut extrêmement difficile; les fistules rectales ont été communes. Comme ces accidents dataient de longtemps, l'état général laissait à désirer, les douleurs ne pouvaient être calmées que par des doses de morphine telles que beaucoup de malades étaient devenues morphinomanes; quelques-unes avaient de l'albuminurie dans les urines; presque toutes étaient pâles, amaigries, hémophiliques. Or, chez nos malades, les accidents qu'elles éprouvaient ont disparu : seules deux d'entre elles ont conservé quelques douleurs cystiques ou hépatiques antérieures à l'opération et qui ont fini à leur tour par céder. Nos résultats ne peuvent être comparés légitimement avec ceux d'opérations faites par voie abdominale pour des affections légères, sans suppuration pelvienne, salpingites catarrhales ou interstitielles, ovaires micro-kystiques. Rien de pareil ne rentre dans nos statistiques portant exclusivement sur des suppurations bilatérales graves.

Dégagées de toutes ces considérations collatérales, de toute amplification plus ou moins heureuse, les objections des adversaires de l'opération se réduisent presque à rien.

Un seul reproche à peu près motivé peut être fait à l'intervention par voie vaginale. L'état de virginité, l'étroitesse et la rigidité du vagin constituent de mauvaises conditions opératoires : elles rendent l'intervention plus difficile et enlèvent au chirurgien une partie de sa liberté d'action; il est parfois utile de débrider la vulve. Mais, dans tous ces cas, avec l'anesthésie, un bon armamentarium, des aides exercés et au courant du procédé, nous avons atteint le but sans peine, et si réelles que soient les difficultés signalées, elles ne sont en aucun cas insurmontables.

En montrant la valeur des arguments contradictoires, nous avons déblayé le terrain. Les considérations sur les avantages de notre méthode, que nous avons exposés au début, conservent leur pleine et entière importance. Il est facile de la rendre plus manifeste en faisant un court parallèle entre les méthodes qu'on a opposées l'une à l'autre.

J'ai dit que l'extirpation isolée des annexes par voies abdominale avait des inconvénients; le premier est le plus grave, c'est que bien souvent elle ne conduit pas au but visé. Je ne reviens pas sur les faits déjà cités, qui le prouvent. Les difficultés opératoires, dans les cas compliqués, ne sont pas aussi insignifiantes qu'on veut bien le dire. Il faut laisser à peu prés toujours des pinces hémostatiques à

demeure. J'aime mieux qu'elles restent dans le vagin que dans l'abdomen.

La plaie cicatrisée, tout n'est pas fini : reste le danger d'éventration, perspective attristante pour les optimistes. Pour l'éviter, l'incision abdominale a été rapetissée à tel point que les avantages tant vantés d'un grand jour et d'une large voie pour l'examen des organes ont été perdus.

En 1887 un chirurgien américain, Gyle Wylie, de New-York, présentait à la Société obstétricale de cette ville un mémoire sur 67 laparotomies faites par lui ; 5 étaient destinées à remédier à des éventrations post-opératoires. — Hegar, Kaltenbach, Güsserow croient ces accidents fréquents. — Je n'ai pas besoin d'aller en Allemagne on en Amérique pour en rencontrer : j'ai eu dans mon service une malade à laquelle Pozzi avait fait une toute petite incision sus-pubienne afin de pratiquer l'hystéropexie à cause d'un prolapsus utérin ; elle en avait une. — J'ai dû extirper l'utérus à cause d'une suppuration hypogastrique à une personne à laquelle Bazy avait extirpé les annexes par l'abdomen sans la guérir. Une moitié de la trompe droite qui n'avait pas été enlevée étant en partie la cause des accidents. Quand je l'opérai, cette malade avait en même temps que le reste une éventration. On est bien obligé d'admettre qu'il n'y a rien de pareil à craindre avec ma méthode.

L'alternative est peu brillante : ou l'on ramène l'incision à sa proportion minimum et l'examen des organes sur lesquels on doit opérer est défectueux, ou bien on lui donne une étendue raisonnable, et l'on brave ainsi les chances de hernie abdominale ultérieure. Les modifications opératoires plus ou moins ingénieuses qu'on a proposées ne remédient à rien. L'incision latérale correspondant au pli de l'aine ne permet pas toujours d'arriver sur le mal, et quand on y arrive, on en reconnaît difficilement l'étendue. La voie périnéale ne vaut pas mieux ; la voie sacrée, qui exige des désordres inutiles, ne conduit pas plus sûrement au but que les autres.

Nous avons limité notre discussion aux cas les plus simples, aux suppurations dans lesquelles les organes de voisinage sont intacts. Passons à des variétés aussi fréquentes et plus graves.

II

Nous avons appelé *mixtes* les suppurations dans lesquelles il existe en même temps une affection d'une autre nature d'un des organes pelviens. On rencontre souvent des rétractions cicatricielles du vagin et de l'utérus, des fibromes utérins, des cancers oblitérant les orifices tubaires ou cervicaux. Sur les 150 opérées que nous avons mentionnés plus haut, plusieurs étaient affectées de rétrécissements et d'oblitérations cicatriciels. Chez d'autres, au nombre de plus de 400, auxquelles nous avons fait l'hystérectomie vaginale totale pour des fibro-myômes et des cancers, nous avons trouvé du pus dans l'utérus ou ses annexes dans un tiers des cas, c'est même ce qui explique pourquoi ces malades éprouvaient des douleurs intolérables et nous obligèrent à intervenir sans retard ; nous n'avons pas eu, du reste, à le regretter, puisque nous avons pu, grâce à notre méthode obtenir, 97 succès environ sur 100 opérées.

Ces suppurations mixtes peuvent donner lieu à des indications opératoires spéciales. Est-on en présence d'un rétrécissement de la partie supérieure du vagin masquant le col ? Avant d'enlever l'utérus et ses annexes, il faut débrider largement le vagin des deux côtés et rétracter ses parois. Si la portion vaginale du col a été complètement détruite, celle qui reste est recouverte par la muqueuse du vagin. Il faut débrider transversalement le fond de ce conduit et faire une dissection bilatérale jusqu'à une certaine hauteur de la portion sus-vaginale du col, puis enlever par morcellement l'utérus et ses annexes.

Dans le cas d'oblitérations cicatricielles étendues du corps, comme on en observe souvent à la suite de cautérisations intempestives énergiques et répétées, le morcellement de l'utérus devra être fait avec grand soin, de manière à éviter la blessure involontaire des annexes altérées par la suppuration.

Lorsqu'un cancer en provoque, ce qui n'est pas rare, l'ablation totale de l'utérus et des annexes est indispensable. Nous avons insisté il y a longtemps sur les précautions nécessaires en pareil cas. Si le col seul est envahi, on l'enlève en totalité, avant d'ouvrir les culs-de-sac péritonéaux. On fera soigneusement l'antisepsie du vagin avant l'extirpation du corps et des annexes.

III

Un mot maintenant sur les suppurations pelviennes compliquées. J'appelle ainsi celles qui se sont ouvertes spontanément du côté de l'intestin grêle, de la vessie et du rectum. Elles sont souvent accompagnées de tuberculose du péritoine pelvien, des ovaires, des trompes et même de la muqueuse utérine.

L'ablation complète de l'utérus et des annexes par voie vaginale est préférable à l'extirpation par voie hypogastrique. Elle expose moins à la souillure des organes pelviens par les matières provenant des viscères intéressés, car elle permet leur écoulement à l'extérieur par une voie courte et directe. Elle facilite les lavages antiseptiques. On est généralement surpris de la rapidité avec laquelle se ferment après l'extirpation de l'utérus les trajets fistuleux, lorsqu'ils ont été convenablement raclés, lavés et drainés. Chez nos opérées toutes ces fistules stercorales se sont fermées spontanément. Nous en avons eu deux chez lesquelles il a fallu fermer ultérieurement par le vagin la fistule urinaire. La célérité de la guérison forme un contraste frappant avec ce qui se passe après l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale. Celle ci laisse à sa suite des fistules qui durent des années et souvent ne tarissent jamais. Des poussées de pelvi-péritonite remettent périodiquement tout en cause jusqu'au jour où on se résigne à enlever la matière par le vagin.

Notons encore l'existence fréquente dans les cas de suppuration pelvienne, de kystes hématiques et purulents de l'ovaire et du ligament large. On peut les enlever en même temps que l'utérus si leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme. Quand ils sont trop adhérents, on les suture aux parois du vagin et on les traite par le drainage.

Nous venons de parler de complications étendues et graves accompagnant les suppurations, et dans lesquelles *notre méthode est seule applicable* ; il ne faudrait pas croire que la présence du pus en abondance est nécessaire pour

qu'elle *soit seule applicable* : il y a des cas (ils ne sont pas rares) dans lesquels des inflammations à peine suppurées de l'utérus et de ses annexes ont amené des adhérences scléreuses, péritonéales, cloisonnant le bassin, circonscrivant de petites collections purulentes ou séro-purulentes, enclavant la matrice ainsi que ses annexes au point de leur enlever toute mobilité, et remplissant la cavité pelvienne d'une masse phlegmoneuse, diffuse, dont la consistance rappelle celle d'un véritable mortier. Je crois devoir insister à nouveau sur ce fait que de pareils cas, *qui ne sont nullement des raretés*, sont complètement en dehors de la sphère d'action de la laparotomie.

CONCLUSIONS.

I. — Les suppurations pelviennes étudiées dans cette communication sont celles qui ont pour point de départ l'appareil génital interne de la femme.

II. — On peut les diviser en *suppurations types* (il n'existe pas d'autres lésions pelviennes que la suppuration), *suppurations mixtes* (accompagnées d'une affection quelconque des organes voisins : sténose vaginale ou utérine, tumeur utérine), *suppurations compliquées* (avec ouverture du foyer dans une cavité splanchnique)

III. — Les plus difficiles à traiter sont celles qui durent depuis longtemps et qui ont provoqué des désordres graves du côté de l'utérus et de ses annexes.

IV. — La discussion principale relative au meilleur mode de traitement porte aujourd'hui sur la question suivante : vaut-il mieux enlever les annexes seules par voie abdominale en laissant l'utérus en place, ou enlever l'utérus et les annexes par voie vaginale ?

V. — L'extirpation de l'utérus et des annexes par voie vaginale (méthode de Péan) est préférable à l'extirpation isolée des annexes par voie abdominale pour les raisons suivantes :

1° Elle est d'une exécution aussi facile dans les cas simples, beaucoup plus facile dans les cas graves ou compliqués.

2° Elle est plus fidèle dans ses résultats, permet beaucoup mieux d'évacuer complètement les foyers purulents, de les laver et de les drainer; elle expose beaucoup moins à la continuation et aux récidives du processus.

3° Elle donne une voie beaucoup plus favorable à l'écoulement du pus et des liquides morbides.

4° Elle n'expose pas à la suppression d'une fonction qu'il serait possible de conserver : car, par des incisions exploratrices convenablement faites dans les culs-de-sac vaginaux, on peut se rendre compte de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions et régler son intervention en conséquence.

5° La mortalité est presque nulle et les résultats éloignés sont plus favorables qu'avec l'extirpation par voie abdominale.

6° Elle supprime les dangers d'éventration avec lesquels il faut compter à la suite des laparotomies.

VI. — Dans les suppurations pelviennes mixtes et compliquées, l'extirpation par voie vaginale est la seule méthode qui convienne ; la technique opératoire comporte des modifications légères d'après la nature des affections concomitantes et des complications.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LA VACCINATION TUBERCULEUSE CHEZ LE CHIEN (1),

Par MM. J. HÉRICOURT et CH. RICHET.

Dans une note précédente, nous avons montré que des chiens inoculés avec de la tuberculose aviaire devenaient résistants à l'inoculation de tuberculose humaine. Sur quatre chiens inoculés de tuberculose humaine le 5 décembre 1891, les deux témoins sont morts le 27 décembre, soit avec une survie de 22 jours, tandis que les deux chiens inoculés antérieurement avec de la tuberculose aviaire étaient vivants le 19 avril. Ces deux chiens vaccinés, qui avaient reçu exactement la même dose de tuberculose humaine que les deux chiens témoins, étaient ce jour-là en bonne santé générale. Alors nous en sacrifiâmes un qui, malgré un bon état de santé générale, avait une périarthrite fongueuse des deux articulations du poignet et une arthrite de l'articulation coxo fémorale. A l'autopsie, nous constatâmes des lésions tuberculeuses du poumon en voie de régression par sclérose fibreuse. L'autre chien est encore vivant aujourd'hui et en parfait état de santé, gagnant 3 kilog. de poids six mois après l'inoculation de tuberculose humaine.

Cette expérience, très nette, avait le grave défaut de porter sur un trop petit nombre de sujets. Nous l'avons donc répétée sur un grand nombre de chiens, et nous sommes heureux de pouvoir dire qu'elle a parfaitement réussi.

Le 14 avril, nous inoculons avec de la tuberculose humaine 8 chiens; 4 témoins et 4 chiens vaccinés antérieurement par trois inoculations successives de tuberculose aviaire. La culture tuberculeuse, datant de 45 jours, fut injectée dans la veine saphène, à la dose de 1 cc. de culture.

Le 4 témoins sont tous morts, avec une survie de 18, 21, 30 et 45 jours.

Les 4 vaccinés sont vivants et en parfaite santé, comme l'indique le tableau suivant :

Chiens.	Poids le 14 avril.	Poids le 3 juin.	Poids pour 100 le 3 juin.
	kg	kg	
N° 1. Griffon	10,500	10,750	102
N° 2. Terrier	11,500	12,300	106
N° 3. Chien de chasse	13,000	15,000	115
N° 4. Barbet	14,000	16,300	116
		Moyenne	110

En réalité, le nombre des chiens vaccinés et ayant résisté est plus grand encore ; car ce même jour, nous inoculâmes 3 autres chiens ayant de la tuberculose aviaire, soit dans le péritoine, soit dans la saphène, mais une seule fois, et ces chiens ont survécu, présentant le 3 juin les poids suivants.

(1) Académie des sciences, 7 juin 1892.

Chiens.	Poids le 14 avril. kg	Poids le 3 juin. kg.	Poids pour 100 le 3 juin.
N° 5. Mâtin...........	10.400	10.000	96
N° 6. Chienne de chasse.	15.000	13.300	89
N° 7. Terrier............	12.300	10.500	84
		Moy.	90
		Moy. génér.	101

A ces sept chiens, nous devons ajouter les deux chiens de l'expérience déjà publiée, ce qui nous donne le total de neuf chiens vaccinés ayant survécu tous les neuf.

Le nombre réel des témoins est aussi plus considérable que celui que nous venons de donner. En effet, dans la première expérience du 5 décembre, dans une autre faite le 10 janvier, et dans la troisième faite le 14 avril, nous avons inoculé avec de la tuberculose humaine 21 chiens non vaccinés. Sur ces 21 chiens, il y a eu 10 témoins et 11 chiens traités postérieurement à l'inoculation, par différents procédés thérapeutiques. Ces procédés thérapeutiques ont été, il faut bien le reconnaître, absolument inefficaces; mais nous pouvons admettre qu'ils n'ont pas hâté la maladie. En effet, tous les phénomènes sont restés les mêmes chez les chiens témoins et chez les chiens traités, comme l'indique le tableau suivant.

Chiens témoins.

Nos	Poids initial.	Poids final.	Poids final pour 100.	Survie en jours
1. Boule..........	11.000	?	?	22
2. Terrier........	14.000	?	?	22
3. Caniche........	10.900	8.600	78	15
4. Boule..........	6.400	7.300	87	30
5. Mâtin..........	10.200	6.900	67	50
6. Chienne terrier.	10.600	7.300	69	19
7. Terrier........	5.000	5.000	100	18
8. Chienne boule..	20.400	11.500	56	45
9. Terrier........	9.300	6.200	68	30
10. Boule..........	14.500	9.600	64	21
		Moyenne ...	74	27

Chiens traités.

Nos	Poids initial.	Poids final.	Poids final pour 100.	Survie. en jours
11. Terrier........	8.100	7.000	86	69
12. Caniche........	10 200	7.800	79	28
13. Mâtin..........	10.000	6.800	68	54
14. Griffon........	8.000	7.000	88	15
15. Roquet.........	7.000	5.100	73	17
16. Terrier........	10.000	6.800	78	27
17. Terrier........	8.100	5.400	67	33
18. Terrier........	8.300	7.000	84	14
19. Griffon........	9.400	7.800	83	30
20. Chienne griffon.	4.000	3.500	87	23
21. Caniche........	15.700	10.400	66	26
		Moyenne.......	77	31
		Moyenne générale...	75	29

Ainsi, la moyenne générale nous donne une durée moyenne de vingt-neuf jours, soit, en chiffres ronds, quatre semaines, pour durée de l'évolution de la tuberculose humaine chien, avec une perte de poids de 25 p. 100.

Si l'on compare cette évolution *fatale* (sans une seule exception) et rapide à la marche de la maladie chez les chiens vaccinés, on voit que la démonstration de la vaccination tuberculeuse sur le chien est désormais complètement faite et avec toute la rigueur suffisante. Sur 21 non vaccinés, 21 morts; sur 9 vaccinés, 9 survies.

Certes, il y a loin de là à une application quelconque à la pathologie humaine; il est cependant possible que cette vaccination tuberculeuse, démontrée maintenant au moins sur le chien, puisse diriger les médecins dans le sens d'une prophylaxie et même d'une thérapeutiques efficaces.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE DE LA BLENNORRHAGIE

(*Suite et fin*) (1)

II. — Nouvelles contributions a la pathologie de la blennorrhagie chez l'homme, par le Dr S. Rona. (*Magyar orvosi Archivum*, 1892, fasc. 5.

III. — L'uréthrite externe chez l'homme, par H. Feleki. (*Pester medic. chirurgische Presse*, 1892, n° 15, p. 339.)

IV. — Traitement de la gonorrhée chronique, par le Dr A. Pilipson. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 7, p. 142.)

V. — Traitement de la blennorrhagie par les injections de permanganate de potasse, par le prof. A. Reverdin. (*Revue médicale de la Suisse normande*, 20 juin 1892, n° 6, p. 384.)

II. — Les recherches faites par l'auteur, et qui ont porté sur un grand nombre de cas de blennorrhagie uréthrale chez l'homme, l'ont conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie aiguë typique envahit dans la plupart des cas (80 0/0) l'urèthre dans toute sa longueur; dans un petit nombre de cas seulement, l'inflammation reste limitée à la portion antérieure de l'urèthre;

2° L'envahissement de l'urèthre par l'infection blennorrhagique a pu être constaté chez la plupart des malades dès la première et la seconde semaine de la maladie, sans qu'on pût incriminer un transport mécanique du pus dans les parties profondes de l'urèthre;

3° Il semble d'ailleurs que ce transport ne soit attribuable ni à des causes organiques internes, ni à des causes mécaniques externes; la maladie se propage en vertu de son caractère infectieux, aussi loin qu'elle trouve un terrain propice.

4° Il résulte de tout cela que l'uréthrite blennorrhagique postérieure ne saurait être considérée comme une complication de l'uréthrite antérieure.

III. — Chez les sujets du sexe masculin qui présentent des anomalies de développement du pénis, le gland est souvent creusé de canaux qui cheminent parallèlement à l'urèthre, qui s'ouvrent à l'extérieur, au voisinage du méat, qui mesurent jusqu'à 1 centimètre en profondeur, et qui débouchent dans le canal de l'urèthre par leur extrémité profonde. Quand un sujet qui réalise ce genre d'anomalie contracte une blennorrhagie, celle-ci peut envahir les canaux en question, en donnant lieu à ce que l'on a appelé une uréthrite externe (2). Et quand cette uréthrite externe ne fait pas l'objet d'un traite-

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Voir *in Gazette médicale*, 1891, n. 49, p. 583, une revue sur la gonorrhée des conduits glandulaires para-uréthraux.

ment approprié, elle peut être une cause de réinfections qui se perpétuent. M. Feleki a eu en très peu de temps l'occasion d'observer 3 exemples de ce genre d'uréthrite, et où la guérison définitive de la blennorrhagie n'a été obtenue qu'après qu'on eut tari l'écoulement des canaux externes. On a injecté dans ceux-ci une solution de nitrate d'argent à 1-2 0/0. Une médication locale plus énergique (cautérisation au nitrate d'argent employé en nature, au galvanocautère) est superflue.

Mentionnons, en passant, une observation récente, communiquée par M. Aldor (*Wiener med. Presse*, 1892, n° 41, p. 1645) au dernier Congrès des médecins et des naturalistes hongrois. Il s'agit d'un malade affligé depuis trois années et demie d'une chaude-pisse qui avait résisté à des traitements variés. En examinant le malade, M. Aldor constata l'existence d'un canal supplémentaire, qui débouchait au dehors à 2 millimètres en arrière du méat. Par la pression on faisait sourdre du pus hors de l'orifice externe de ce conduit, qui mesurait 2 centimètres de profondeur et qui s'ouvrait dans l'uréthre. Avec l'instrument tranchant on fendit la cloison qui séparait le canal supplémentaire de l'uréthre, et bientôt le malade se trouva débarrassé à la fois de sa fistule et de sa blennorrhagie.

IV. — Chez tout malade atteint d'une blennorrhagie chronique, qui réclame ses soins, M. Philipson institue le traitement suivant, que l'affection blennorrhagique soit localisée dans l'urèthre antérieur ou qu'elle ait envahi l'urèthre postérieur.

Tout d'abord, introduction d'une sonde élastique (Charrière n° 12), immédiatement avant une miction, et pendant que le malade est dans la station debout. La sonde est poussée jusque dans la portion membraneuse, qui se trouve oblitérée par suite d'une contraction réflexe du muscle compresseur. A travers la sonde on fait un lavage du canal, avec une solution faible (1/3000°) d'acide phénique et de sulfate de zinc. L'examen du liquide qui reflue fournit au médecin des indications sur l'intensité et sur le siège de la maladie. Suivant que le liquide contient ou non des flocons, on peut conclure que l'urèthre postérieur est ou n'est pas envahi par l'inflammation blennorrhagique. Si, de plus, l'urine rendue par le malade, après le lavage de l'urèthre, est très trouble, c'est signe que la blennorrhagie se complique d'un catarrhe de la vessie.

Puis, quand le patient a uriné, M. Philipson lui introduit à travers l'urèthre, jusque dans la vessie, une sonde de Nélaton (n° 17 à n° 13); il lui injecte 150 cc. d'une solution de nitrate d'argent au 1/3000. Une fois l'injection faite, on retire la sonde, et le malade est invité à expulser le liquide. Dans la suite, le titre de la solution est porté progressivement à 4 pour 3.000. Au début, l'injection est répétée tous les jours, plus tard tous les trois jours, et finalement deux fois par semaine. La durée moyenne du traitement embrasse de cinq à six semaines (limites extrêmes, deux et douze semaines).

Ce procédé de traitement, qui s'applique aux cas où l'inflammation blennorrhagique intéresse à la fois l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur, a été expérimenté sur 19 malades qui, tous, ont été guéris.

V. — M. Reverdin a expérimenté avec succès, dans le traitement de la blennorrhagie aiguë et de la blennorrhagie chronique, les injections de permanganate de potasse. L'instrumentation qu'il emploie pour pratiquer ces injections se compose d'une sonde anglaise, très souple, à laquelle s'adapte un long tube en caoutchouc, muni d'un robinet et qui va plonger dans un récipient de verre. Le malade se tient debout, devant une cuvette dans laquelle plonge une plaque de makintosch, percé d'un trou; au travers de ce trou le malade fait passer son membre. Grâce à cette disposition il se met à l'abri des taches qui résulteraient du contact de la solution de permanganate avec le linge.

L'introduction de la sonde ne se heurte qu'à la pusillanimité éventuelle du malade. Pour faciliter cette introduction, le malade est prié de saisir sa verge des deux mains, les pouces tournés du côté du gland devant écarter les bords du méat, de façon à ce que la sonde, qu'il faut avoir soin de ne pas graisser, pénètre aisément. M. Reverdin laisse couler le liquide avant l'introduction de la sonde; l'eau chaude, qui sort en jet, écarte progressivement les parois du canal; la sonde glisse à la faveur de ce manchon liquide et remonte dans l'urèthre « comme une truite dans le courant des ruisseaux. »

Ordinairement l'injection est de un litre et demi, et la température du liquide de 45°. La concentration de la solution est d'environ 1/5000°, mais, ajoute M. Reverdin, il faut savoir diminuer ou renforcer la dose, suivant la tolérance du canal. Le nombre des injections a été de une ou deux par jour, jamais plus.

Trois fois le liquide a pénétré dans la vessie, sans qu'il en soit résulté d'autre inconvénient qu'un peu de douleur, pendant une heure ou deux.

L'orchite, dont on eût pu craindre le développement à la suite des manœuvres sur le canal, n'a jamais été observée.

L'amélioration s'est manifestée très rapidement. Au bout de deux ou trois lavages, le malade annonçait, d'un air ravi, qu'il ne coulait presque plus. Le traitement n'en était continué qu'avec plus de persévérance. La durée du traitement, ainsi qu'on pouvait le prévoir, a varié d'un malade à l'autre. M. Reverdin cite un cas où une guérison absolue et durable a été obtenue en trois jours de traitement; le malade ayant dû s'absenter, les injections furent suspendues. Quelques jours plus tard le malade revenait avec un canal absolument sec. D'une façon générale, la guérison a été obtenue en quinze jours de traitement, et cela sans que le malade eût souffert, sans qu'il ait eu besoin de recourir à une médication interne quelconque, sans complications d'aucune sorte. Enfin le traitement préconisé par M. Reverdin a pour autre avantage d'être d'un prix de revient peu élevé.

E. Ricklin.

BULLETIN

DU CHOLÉRA. — LE TRAITEMENT DE LA NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE PAR LA TEINTURE DE CANTHARIDES.

— La semaine qui vient de s'écouler n'a pas été bien fertile en événements importants. La plupart des communications qui ont été faites ont porté sur le sujet qui reste toujours d'actualité, le choléra. L'épidémie s'éloignant de plus en plus, tendant à disparaître même, grâce aux mesures énergiques qui ont été prises par les municipalités des villes contaminées le plus fortement comme le Havre, Rouen, on commence à en dégager un aperçu général, qui s'appuie sur quelque chose autre que les hypothèses hâtives de la première heure. Il ne

s'agit plus maintenant de discussion au sujet de la nature même de l'épidémie; nous avons affaire, non pas au choléra nostras, mais bien au choléra indien, au choléra asiatique; et qu'il soit né sur place à Nanterre, ou qu'il ait été importé, il a fait de nombreuses victimes. Il est plus probable, pour nous, que l'importation a existé, le choléra indien sévissant antérieurement dans les provinces de Russie, et ayant éclaté ensuite sur plusieurs points de l'Europe occidentale, à Nanterre, comme ailleurs. Il s'est manifesté avec tous les caractères du choléra asiatique par la gravité des cas, sa contagiosité, son infectiosité surtout. Les mesures sanitaires prises à l'intérieur de notre pays pour combattre cette contagiosité et cette infectiosité ont rendu les plus utiles services. En a-t-il été de même pour les mesures prises aux frontières et pour la désinfection obligatoire? C'est beaucoup plus douteux et on cite à chaque instant et partout de nombreux voyageurs venant des villes contaminées et ayant trouvé moyen de passer les frontières sans que eux-mêmes et leurs bagages fussent désinfectés. En est-il né pour cela des foyers particuliers? La chose serait à démontrer. Mais ce qui est réel, c'est le désagrément considérable et les ennuis de toutes sortes qui en sont résultés pour les voyageurs.

— A propos du traitement de l'albuminurie, il y a eu discussion approfondie et même vive à l'Académie de médecine. La teinture de cantharide, que conseille M. Lancereaux dans certains cas, a été jugée une substance trop dangereuse par M. Dujardin-Beaumetz pour qu'on pût en préconiser trop hautement l'emploi; on pourrait s'exposer, dans la pratique courante, à des accidents redoutables, c'est vrai, mais c'est vrai aussi pour beaucoup d'autres médicaments; aussi ne faudrait-il pousser la chose trop loin et proscrire un médicament parce que des conséquences graves peuvent en résulter. D'autant plus que M. Lancereaux en a limité l'emploi à la néphrite albumineuse, épithéliale, parenchymateuse. M. Germain Sée semble mettre en doute les observations de M. Lancereaux. Attendons ces dernières avant d'émettre un jugement systématiquement opposé.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Inscriptions. — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1892-1893, ouvert le jeudi 13 octobre, sera clos le samedi 19 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21, samedi 22, mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28, samedi 29 octobre et les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 novembre;

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 15 novembre 1892.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1891-92. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 10 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat) les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 10 et le mardi 11 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation quelconque. Sont dispensés de cette autorisation les ajournés en juillet 1892.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les docteurs français; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1892-1893, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiquées pour les inscriptions et consignations.

Exercices de dissection (sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques). — Ostéologie : les élèves de seconde années doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au bureau du chef du matériel (école pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 17 octobre.

Dissection : les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du lundi 7 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'ana-

tomie, dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle), cinquième et neuvième ; 2° élèves non obligés et docteurs.

L'entrée des pavillons de dissection est interdite à tout étudiant qui n'aurait pas été régulièrement convoqué ou qui n'aurait pas acquitté les droits afférents à l'inscription trimestrielle.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

— Les TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE commenceront, sous la direction de M. le Dr Brault, le lundi 7 novembre 1892.

MM. les étudiants pourvus de douze inscriptions régulières (la deuxième ayant été prise en juillet 1892) sont priés de faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, à partir du lundi 17 octobre jusqu'au samedi 26 novembre 1892 inclus, de midi à 3 heures. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit. — Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile.

Faculté de médecine de Lille. — M. Doumer (Jean-Marie-Emmanuel), agrégé, est nommé professeur de physique à la Faculté de médecine de Lille, à partir du 5 novembre 1892.

Faculté des sciences de Caen. — M. Huet (Édouard-Louis-Lucien), docteur en médecine et docteur ès sciences, est nommé professeur adjoint de zoologie à cette Faculté.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 11 octobre 1892 ont été promus dans le corps de santé militaire. — *Au grade de médecin principal de 1re classe* : MM. Robert (Albert-Hypolite) ; Lemardeley (Alfred-Marie), médecin principal de 2e classe. — *Au grade de médecin principal de 2e classe* : MM. Desmonceaux (Adrien-Louis) ; Strauss (Mathias-Henri), médecin major de 1re classe. — *Au grade de médecin major de 1re classe* : MM. Munier (Marie-Joseph-Henri) ; Schmit (Mathias-François-Adrien) ; Chopinet (Charles-César-Pierre-Vincent) ; Santi (de) (Eugène-Louis) ; Baudoin (Charles-Léon), médecin-major de 2e classe. — *Au grade de médecin major de 2e classe* : MM. Letellier (Paul-Augustin) ; Robert (Joseph-Ferdinand) ; Brault (Jules-François-Marie-Joseph) ; Vesian (de) (François-Guillaume-Marie) ; Farganel (Félix) ; Simon (Alexandre-André-Octave) ; Puissan (Jean-Romain-Charles-Vincent) ; Krauss (Alfred-Jules), médecins aides-majors de 1re classe.

— Par décision ministérielle en date du 11 octobre 1892 : M. Renard, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris (médecin-chef), est nommé directeur du service de santé du 1er corps d'armée à Lille. — M. Sommeillier (V.-H.-A.), médecin principal de 1re classe à la place et aux salles militaires de l'hospice mixte de Toul (médecin-chef), est nommé directeur du service de santé du 8e corps d'armée à Bourges.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 15 octobre 1892 : MM. Bonneau (Louis-Octave-Daniel) ; Paria (Nestor-Léonce), docteurs en médecine, médecins auxiliaires de 2e classe de la médecine, passent dans le corps de santé des colonies, comme médecins auxiliaires de 2e classe.

Asiles d'aliénés de la Seine. — CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'INTERNE TITULAIRE EN MÉDECINE VACANTES AU 1er JANVIER 1893 DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — *A ile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.* — Le lundi 12 décembre 1892, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes dans lesdits établissements au 1er janvier 1893.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, n° 2, rue Lobau, à Paris, tous les jours, les dimanches exceptés, de 11 heures à 4 heures, depuis le jeudi 10 novembre jusqu'au samedi 26 novembre 1892 inclusivement.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'INTERNE TITULAIRE EN PHARMACIE VACANTES AU 1er JANVIER 1893 DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — *Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif.* — Le lundi 5 décembre 1892, à 1 heure précise, il sera ouvert à l'Asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1893 dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, n° 2, rue Lobau, à Paris, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 4 heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 31 octobre au samedi 19 novembre 1892 inclusivement.

Cours de gynécologie. — Le docteur Auvard commencera, à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie, le mardi 8 novembre, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Ce cours public et gratuit sera complet en 15 leçons.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 1. — Rougeole, 4. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 22. — Affections cholériformes, 17. — Phtisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 40. — Méningite, 24. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 43. — Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 29. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 77. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 28. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 141. — Causes inconnues, 5. — Total : 817

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des cancers utérins inopérables,

Par le Dr G. Houzel (de Boulogne-sur-Mer),
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

L'accord est fait, entre les chirurgiens sur le traitement des cancers utérins opérables. Quand ils sont encore exclusivement utérins, sans propagation dans le voisinage, l'hystérectomie vaginale totale est la règle. La technique opératoire admirablement réglée en a réduit au minimum les chances de mortalité, et les dernières statistiques nous font voir plus que des survies : des guérisons.

L'unanimité est moins complète en présence des cancers sortis des limites utérines pour envahir tout ou partie du voisinage. La plupart des chirurgiens préconisent alors les opérations palliatives, quelques-uns, redoutant que leur intervention ne hâte l'évolution du mal, préfèrent l'expectation réduite aux seules ressources de la thérapeutique. L'expérience m'ayant démontré les bienfaits des opérations palliatives, je voudrais vous exposer ma pratique, espérant vous convaincre des avantages en résultant pour les malheureuses condamnées à mort qui y trouvent soulagement et survie notable.

Bien que ceci puisse paraître paradoxal, la plupart de ces malades succombent non aux suites naturelles de leur cancer, mais aux complications qu'il entraîne presque toujours. L'épuisement résultant des hémorragies rouges ou blanches, des douleurs; la septicémie par auto-infection, l'urémie par compression des uretères, la péritonite, la thrombose veineuse, précipitent souvent le terme fatal, si bien que la complication reléguant le cancer au second plan semble être devenu la maladie principale et qu'il suffit de la faire disparaître pour donner un semblant de guérison se traduisant par un soulagement et par une survie très appréciable. Et il y a ceci de particulièrement heureux dans l'espèce, c'est que les accidents les plus communs, mettant le plus directement la vie en danger, tels que les hémorragies et la septicémie, sont ceux auxquels les opérations palliatives remédient le plus facilement et e plus sûrement.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les causes et le mécanisme de ces complications, la manière dont le bistouri les élimine; les différentes formes de cancers utérins, leur fréquence ou leur siège de prédilection, je me bornerai à dire quelle est la durée de cette maladie abandonnée à son évolution naturelle, comparée à la durée donnée par les opérations palliatives, et à en étudier la technique opératoire. Qu'il me soit cependant permis de constater qu'il y a, dans l'évolution des cancers utérins plus d'un inconnu que l'histologie n'est pas encore parvenue à découvrir.

Chez deux femmes du même âge, dans les mêmes conditions apparentes, le même néoplasme histologique aura une marche et une gravité différentes, pourquoi? Le problème est complexe et la solution est encore loin d'être trouvée. A côté de la maladie, il y a la malade qui a une importance capitale, chaque femme faisant pour ainsi dire de son cancer une forme personnelle, qui diffère du même néoplasme histologique évoluant chez la voisine. Cela doit nous encourager à intervenir, les opérations palliatives étant inoffensives et donnant parfois des résultats inespérés.

Abstraction faite de la grossesse, de l'accouchement et de la ménopause qui agissent le plus souvent d'une façon désastreuse sur la marche des cancers utérins, afin d'avoir des chiffres comparables entre eux, je diviserai la vie de la femme en trois périodes principales au point de vue de ces maladies abandonnées à leur marche naturelle.

D'après toutes les statistiques, et d'après nos notes personnelles, en tenant note du début du mal, les cancers utérins enlèvent les femmes de 25 à 35 ans, après huit à quinze mois;

De 35 à 45 ans, après dix à vingt-quatre mois;

De 50 à 60 ans et au-delà, après deux à trois ans.

Les cas de survie de cinq et six ans sont tout à fait exceptionnels et appartiennent à des sarcomes.

Pour les femmes que j'ai traitées par les opérations palliatives, j'ai obtenu en moyenne:

De 25 à 35 ans, opérées à huit mois, survie treize mois, total vingt et un mois;

De 35 à 45 ans, opérées à dix mois, survie vingt mois, total trente mois;

De 50 à 60 ans, opérées à vingt-deux mois, survie vingt-deux mois, total quarante-quatre mois.

Ces chiffres ne sont que des moyennes, et parmi les malades; il en est que j'ai opérées plusieurs fois, les mêmes accidents s'étant reproduits et disparaissant par la même intervention.

Si maintenant, nous rapprochons ces chiffres, nous voyons

que, grâce aux opérations palliatives, la durée des cancers utérins qui était de huit à quinze mois pour les femmes de 25 à 35 ans, devient de vingt et un mois ;

Dix à vingt-quatre mois pour les femmes de 35 à 40 ans, devient de trente mois ;

Vingt-quatre à trente-six mois pour les femmes de 50 à 60 ans, devient de quarante-quatre mois.

En prenant ma statistique en bloc, sans tenir compte de l'âge des malades, si j'accepte vingt-quatre mois comme maximum moyen de durée pour la maladie abandonnée à son évolution naturelle, je trouve que par suite des opérations palliatives la durée moyenne atteint trente-cinq mois, soit un gain de onze mois.

Ce chiffre est plus élevé que ceux donnés pour les femmes de 25 à 45 ans. Cela tient à ce que j'ai eu à traiter un plus grand nombre de femmes âgées, de celles qui sans aucun secours, résistent le plus longtemps. Mais en réalité, le bénéfice résultant des opérations palliatives est plus grand que ne semble l'indique la statistique, les cas les plus graves étant presque les seuls qui réclament l'intervention du chirurgien. En ce qui me concerne, tous ceux que j'ai opérés étaient désespérés et si proches du dénouement fatal que je crois légitime de porter à l'actif de l'opération toute la survie qui l'a suivie.

Un mot de la technique opératoire. Il est malaisé de donner des lois précises, l'opération étant essentiellement atypique, la conduite diffère dans chaque cas particulier. La règle principale est d'enlever le plus possible du néoplasme, d'arriver jusqu'aux tissus relativement sains, peu infiltrés, sans toutefois violer aucune des cavités naturelles entourant l'utérus et ses annexes. Je ne fais d'exception que pour le cul-de-sac de Douglas qui peut être ouvert impunément.

Parmi les moyens qui ont été proposés, je repousse les caustiques, l'écraseur et l'anse galvano-caustique, moyens aveugles qui enlèvent trop ou trop peu, et n'ont même pas l'avantage qu'on leur attribuait de mettre à l'abri des hémorragies. La forcipressure et l'antisepsie ont pour cela une efficacité plus souveraine.

Le fer rouge serait préférable, mais changeant l'aspect des tissus qu'il coupe, il ne permet pas de se rendre compte exactement quand on est arrivé aux tissus relativement sains, il peut être utile pour parfaire certaines opérations commencées avec l'instrument tranchant. Ce dernier, sous formes de curettes, bistouris ou ciseaux, est l'instrument par excellence, il permet le mode d'intervention le plus clairvoyant, le plus complet, et, en même temps, le plus exempt de dangers immédiats ou éloignés. C'est celui que j'ai toujours choisi.

Je ne parle ici que pour mémoire de l'antisepsie qui doit être rigoureuse. On l'obtient aux moyens d'injections phéniquées chaudes, du nettoyage du néoplasme avec un tampon de ouate hydrophile imbibé de naphtol camphré, et de tampons de gaze iodoformée renouvelés pendant les cinq à six jours qui précèdent l'intervention. L'asepsie a toujours été suffisante puisqu'aucune de mes opérées n'a jamais présenté le moindre mouvement fébrile, la plus petite réaction.

Pour les cancers du corps il faut d'abord faire la dilatation. La méthode indiquée par le professeur Wulliet, de Genève, est celle qui m'a paru la meilleure. Une fois l'utérus largement ouvert, la femme étant endormie à chloroforme, dans la position obstétricale, je pousse l'indicateur, le médius et l'annulaire de la main gauche jusqu'au cul-de-sac postérieur. Ces trois doigts dépriment la fourchette, écartent le vagin et, par une sorte de mouvement de bascule, font descendre naturellement l'utérus jusqu'à la vulve, à moins qu'il ne soit presque complètement immobilisé dans le bassin. Cette manœuvre m'a semblé préférable à celle des écarteurs, elle rend l'utérus plus accessible et partant elle facilite l'opération.

La lèvre antérieure du col étant fixée par une pince à griffes et l'irrigation continue étant installée, après m'être assuré avec le doigt de l'épaisseur des parois utérines et de la dégénérescence qui les entame, j'enlève vivement avec la curette tranchante toutes les parties exubérantes du néoplasme, m'appliquant à racler tous les tissus mortifiés, sur le point de s'éliminer, les bourgeons friables source d'hémorrhagie et de septicémie, ne m'arrêtant qu'aux tissus simplement infiltrés et encore doués d'une certaine vitalité ou devant l'extrême minceur de parois utérines.

Le doigt ayant rendu compte du travail accompli, la cavité est séchée avec des tampons de gaze iodoformée portés sur une longue pince, et, selon les cas, touchée au chlorure de zinc au dixième ou au thermo-cautère. Si le col est suspect il est enlevé ainsi qu'il sera dit plus bas. Comme pansement, l'utérus et le vagin sont bourrés de mèches iodoformées qu'on enlève vers le troisième jour pour faire des injections antiseptiques, puis des insufflations de la poudre dont M. Lucas-Championnière a donné la formule, et où le quinquina est remplacé par le tannin.

Pour les cancers du col, de beaucoup les plus communs, il faut distinguer ceux qui creusent de ceux qui végètent.

Pour les premiers les opérations palliatives sont moins souvent indiquées : la curette légèrement maniée et un attouchement au fer rouge suffisent.

Les cancers exubérants demandent au contraire à être opérés hardiment. Le vagin étant rendu béant par des écarteurs, la tumeur est saisie avec une large pince à griffes et enlevée rapidement en deux ou trois coups d'une curette tranchante de la forme et de la dimension d'une cuiller à café. Il faut aller vite pour ménager le sang. Le plus gros enlevé, la plaie est régularisée avec le bistouri ou les ciseaux qui retranchent tout ce qu'il est possible d'enlever et ne s'arrêtent qu'en arrivant sur les tissus simplement infiltrés. On est amené parfois à ouvrir le cul-de-sac de Douglas et à lier artères les utérines.

A moins que la dissémination cancéreuse ne soit trop étendue pour permettre d'atteindre des tissus simplement envahis, mais non encore complètement dégénérés, il est important de faire une plaie régulière susceptible d'être suturée, on obtient ainsi un rétablissement plus rapide et plus durable. En effet, étant suturés, les tissus envahis par des traînées cancéreuses se comportent comme des tissus sains et donnent des cicatrices par première intention.

Cette manière de faire est surtout importante chez les femmes encore réglées. Chez l'une d'elles, ayant pansé à plat une amputation élevée du col, j'eus une atrésie complète de l'orifice inférieur de l'utérus, suivi d'un hématomètre qui me força, la patiente refusant une seconde intervention au bistouri, à rétablir la perméabilité utérine au moyen de l'électrolyse.

Si la suture était impossible, il faudrait assurer l'intégrité du canal utérin au moyen d'un drain en croix.

Pendant cet évidement on saisit avec de longues pinces à forcipressure toutes les artères qui donnent, quitte à mettre plus tard une ligature sur les plus importantes. C'est en somme une amputation irrégulière du col, remontant très haut, ébarbant, quand il y a lieu, la partie inférieure des ligaments larges et les parois vaginales.

L'hémostase et l'asepsie assurées, je suture toute la plaie aux fils de soie en reconstituant un canal cervical quand la suture est possible et les tissus modérément infiltrés; quand la dissémination cancéreuse est tellement avancée qu'on ne peut arriver à la limite des tissus encore doués d'une certaine vitalité, où qu'il a fallu causer de trop grands délabrements, je bourre simplement la plaie avec des mèches de gaze iodoformée. Dans ces cas, j'arrête au fer rouge ou avec du chlorure de zinc au dixième l'hémorragie en nappe ou plutôt le suintement sanguin pour peu qu'il soit notable. Par la suite, les bourgeons cancéreux, au fur et à mesure qu'ils se reproduisent, sont réprimés avec de l'acide lactique appliqué sur un petit morceau de ouate hydrophile, le vagin étant tamponné tout autour pour empêcher la diffusion.

J'ai ainsi soigné 16 malades dont l'observation est complète, toutes se sont remises rapidement en quinze jours en moyenne, sans fièvre, sans réaction, avec une cicatrice suffisante pour qu'elles se soient crues guéries en quittant le lit.

J'en ai encore 2 en traitement. Une âgée de 57 ans atteinte d'épithélioma exubérant du col avec empâtement des ligaments larges et envahissement du vagin, elle avait de telles hémorragies qu'elle était sur le point de succomber. Je l'ai opérée en août 1889. Guérison rapide avec cicatrice de la plaie opératoire par première intention. Bien que retardé dans son évolution, le cancer a continué, j'ai dû l'opérer à nouveau en décembre 1891 pour les mêmes accidents, et encore aujourd'hui son état est relativement satisfaisant. C'est une paysanne, elle peut vaquer aux soins de son ménage.

La seconde, âgée de 38 ans, était atteinte de la même manière que la première, avec cette différence que sa tumeur était dure, comme ligneuse à la base. Opérée le 10 septembre 1891, elle a guéri avec une cicatrice par première intention, ne conservant qu'un peu de leucorrhée inodore. A la fin de janvier dernier elle avait une petite ulcération sur la cicatrice vers le cul-de-sac antérieur. Cette ulcération se creuse lentement, en éveillant des douleurs qui sont devenues assez vives, à la fin de juin, mais encore aujourd'hui sa situation est supportable; couturière de son état, elle va travailler en journées. Quand je l'ai opérée, elle était dans une position si critique qu'elle n'en avait plus pour huit jours à vivre.

De cette trop courte note, je crois légitime de conclure :

1° Quand les cancers utérins sont trop avancés pour être justiciables de l'hystérectomie vaginale totale, le meilleur traitement à leur opposer reste toujours le traitement chirurgical;

2° Sans faire courir aucun risque aux malades, il les soulage et leur donne l'illusion de la guérison en supprimant, pour un temps, les complications;

3° Il donne, sur l'évolution du mal abandonné à sa marche naturelle, une survie qu'on peut évaluer à plus d'une année;

4° Les opérations palliatives doivent être pratiquées largement avec le bistouri, les curettes, les ciseaux, exceptionnellement le fer rouge qui ne vient le plus souvent que comme complément;

5° Quand on peut atteindre la limite des tissus simplement infiltrés, le pansement de choix est la suture qui donne des réunions par première intention;

6° Si on est forcé de s'arrêter dans des tissus complètement dégénérés, après en avoir enlevé le plus possible, il faut panser antiseptiquement à plat;

7° Quelque avancés que soient les cancers utérins, les opérations palliatives les soulagent et les prolongent.

GYNÉCOLOGIE

DE L'OOPHOROSALPINGITE CHRONIQUE NON SUPPURÉE,

Par le Dr P.-R. Charrier,

Suite (1)

Comme on peut s'en convaincre, dans 5 cas sur 10 nous avons trouvé des lésions d'hydrosalpinx. Cette lésion sur la nature de laquelle les auteurs ne sont pas toujours d'accord serait pour notre maître M. Pozzi, une transformation du pyosalpinx blennorrhagique. Pour lui, il se produit là une transformation analogue à celle que l'on observe dans certains abcès froids, dans certains petits kystes purulents consécutifs à la périostite alvéolo-dentaire. Peu à peu le pus perd ses qualités extérieures et ne conserve qu'une sorte de liquide séreux aseptique absolument privé d'éléments figurés et de microorganismes. Ce qu'il y a de certain c'est que l'hydrosalpinx accompagne presque toujours des lésions parenchymateuses de l'autre trompe; cette bilatéralité de lésions salpingiennes inflammatoires est une preuve à invoquer en faveur de la blennorrhagie. On a voulu dans certains cas et Callingmorth le prétend dans une communication récente à la Société d'obstétrique de Londres (voir *Semaine médicale* 1892, n° 51, p. 411), que l'hydrosalpinx est un kyste par rétention résultant de l'occlusion de l'orifice périphérique de la trompe à la suite d'une inflammation des tissus voisins. Cette hypothèse ne repose sur aucun fondement, il paraît donc rationnel de l'abandonner.

Pour nous, adoptant l'opinion de M. Pozzi, nous dirons : l'infection blennorrhagique des annexes n'est grave et douloureuse que par la périmétro-salpingite qui suit toujours l'infection de la trompe par continuité de tissu. La péritonite blennorrhagique localisée est une complication presque certaine des lésions salpingiennes par le gonocoque. Mais tandis que dans la puerpéralité les voies sanguines et lymphatiques étant celles suivies par l'infection, dans la blennorrhagie le gonocoque va de muqueuse à muqueuse, procède par poussées menstruelles d'où la production d'adhérences, la limitation du processus dans l'intervalle des périodes aiguës. De plus la muqueuse tubaire étant toujours malade, l'oblitération de la lumière est fatale ; il en résulte

(1) V. *Gazette médicale*, n° 43.

un enkystement précoce des liquides pathologiques et ceux-ci ne peuvent être résorbés par une muqueuse malade. On peut donc dire que dans la blennorrhagie des trompes, l'infection a une grande tendance à se limiter ; tantôt on observe l'accollement des parois tubaires enflammées et même purulentes d'où la salpingite chronique parenchymateuse qui conserve très longtemps une virulence atténuée grâce aux gonocoques qui existent dans les couches sous-épithéliales, dans le tissu même des parois tubaires. Lorsque la métrite blennorrhagique est très intense ou lorsque la salpingite aiguë blennorrhagique a déterminé une suppuration assez étendue, la tendance à l'occlusion finit toujours grâce à la périsalpingite par triompher, il se fait un pyosalpinx blennorrhagique, pyosalpinx qui s'accompagne de périmétrosalpingite suraiguë au moment des règles, mais qui n'augmente guère de volume. Peu à peu l'orifice utérin de la trompe se ferme aussi et le pus blennorrhagique très souvent amicrobien au microscope et ne témoignant que par les cultures de l'existence du gonocoque, très souvent ce pus ne recevant pas de nouvelle infection, se transforme les microorganismes peu nombreux qu'il renferme meurent et il se fait un hydrosalpinx.

Observation V.

Osphoro-salpingite blennorrhagique ; péri salpingite aiguë ; - adhérences excessives ; -Mickulicz ; guérison. (*Revue de chirurgie* ; t. XI, p. 631.)

B... (Eugénie), 23 ans, entrée le 28 août 1890, lit n° 7.

Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose. Mère bien portante. Deux sœurs mortes, l'une de rhumatisme, l'autre de tuberculose.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 12 ans. Réglée à 15 ans pour la première fois, ses règles ont cessé depuis jusqu'à 17 ans, où elles reparurent, et pendant cet intervalle la malade fut chlorotique.

L'affection actuelle remonte à dix-sept mois ; à ce moment ses règles, qui duraient trois jours, furent plus abondantes, durèrent six jours et s'accompagnèrent de catarrhe utérin. A la même époque, douleurs dans le bas-ventre avec irradiations lombaires et fémorales.

Elle fut soignée pendant deux mois (1889) à la Pitié dans le service de M. Polaillon, qui porta le diagnostic d'ovaro-salpingite; elle sortit par crainte de l'opération.

En avril 1890, elle entre pour la première fois dans le service. Elle fut examinée par M. Picqué, qui posa le diagnostic de pyo-salpinx double et conclut à l'opération. Mais la malade fut également reprise de ses craintes, et comme M. Picqué avait temporisé et essayé le traitement médical soupçonnant la tuberculose, la malade sortit non opérée.

Le 28 août elle rentre au service. Examen le 29 par M. Pozzi, qui trouve :

Col conique dur, dirigé en arrière, utérus en antéversion formant la partie antérieure d'une masse inflammatoire, située dans le cul-de-sac de Douglas et à laquelle il adhère. Cette masse fait surtout saillie dans le cul-de-sac latéral gauche et le déprime, elle s'étend dans la direction du ligament large du côté gauche et remplit la partie inférieure de la fosse iliaque du même côté. En somme, il semble qu'on ait affaire là à un abcès pelvien formant poche, laquelle est soudée d'un côté à la paroi pelvienne, de l'autre à l'utérus. La consistance de cette poche est molle et dépressive, mais non fluctuante.

A droite, au contraire, tumeur ligneuse, dure, allant de la face postérieure de l'utérus à la symphyse sacro-iliaque et lui adhérant.

Diagnostic : Double pyo-salpinx adhérent à gauche accompagné de péri-métro-salpingite suppurée fortement enkystée autour de l'utérus.

Ces lésions ont une origine douteuse au point de vue bacillaire.

Laparotomie le 19 septembre. Sous le chloroforme, M. Pozzi vérifie et confirme son premier diagnostic. A l'ouverture du ventre, en introduisant sa main droite à travers l'incision cutanée, il est aussitôt arrêté par une sorte de paroi résistante, qui l'oblige à examiner par la vue l'obstacle qu'il rencontre. Il s'aperçoit alors que cet obstacle est formé par les anses intestinales intimement soudées entre elle, formant cloison. Néanmoins, avec beaucoup de précautions et de difficulté, il arrive à se frayer un passage jusqu'au plancher pelvien et jusqu'à l'utérus. Il peut alors explorer la face postérieure de l'utérus et les annexes, et il se rend compte que les masses, perçues à l'examen comme déprimant les culs-de-sac, étaient plutôt dues à la péri métrite et à des adhérences formant poche, lesquelles renfermaient de la sérosité sanguinolente qui s'échappe lorsqu'on les rompt. M. Pozzi parvient à extraire successivement les annexes de droite et de gauche et en pratique l'ablation. Néanmoins, à cause de l'épanchement de sérosité, à cause du suintement sanguin résultant des adhérences dilacérées, à cause de l'état diathésique de la malade, on pratique un lavage à l'eau bouillie salée et on fait le drainage de Mickulicz.

Les suites opératoires ont été excellentes, malgré deux ou trois poussées fébriles, s'étant produites dans les huit jours après l'opération.

Le 17 octobre, la malade est sortie tout à fait guérie, pour aller au Vésinet.

L'examen des pièces permet de constater des lésions analogues à droite et à gauche.

La trompe un peu augmentée de volume, dilatée et à parois épaissies, laisse voir dans sa cavité des traces de suppuration. L'ovaire est polykystique.

Observation VI.

Salpingite parenchymateuse blennorrhagique chronique gauche ; salpingite catarrhale droite ; ovaires scléro-kystiques des deux côtés ; ablation des annexes ; guérison.

A... (Léontine), âgée de 20 ans, entrée le 2 septembre 1890, salle Pascal A.

Antécédents : Réglée à 11 ans pour la première fois ; depuis ce moment a eu des pertes blanches continuelles et ne revoit ses règles pour la deuxième fois qu'à l'âge de 14 ans, c'est-à-dire trois ans après les premières. Règles alors régulières non douloureuses, mais les pertes blanches continuent toujours. Premier accouchement au mois de février 1888. Cet accouchement, dit la malade, a été douloureux et difficile. Elle reste un mois couchée. Depuis lors ses règles sont très abondantes et durent une dizaine de jours.

Il y a deux mois la malade commence à souffrir uniquement pendant ses règles. C'est une douleur sourde occupant tout le bas-ventre. Depuis quinze jours fortes douleurs s'irradiant

dans les reins, plus fortes dans le côté gauche et exaspérée par la marche et la voiture. La malade entre à Pascal.

Examinée par M. Pozzi, l'ablation des annexes est décidée en raison des douleurs intolérables qu'éprouve la malade. Ces douleurs rendent très difficile l'exploration sans chloroforme. Toutefois M. Pozzi signale dans un premier examen du côté de l'utérus des lésions de métrite catarrhale avec ulcération du col. Les culs-de-sac sont très douloureux, à moitié effacés.

Le 20 septembre, la malade étant endormie, M. Pozzi renouvelle l'examen qu'il n'avait pu faire que très incomplètement auparavant en raison de la sensibilité. Il constate que le corps de l'utérus est en antéflexion marquée. A droite il trouve le cul-de-sac souple mais rempli par une masse du volume d'une noix, dépressible, formée sans doute par les annexes fusionnées. A gauche et en arrière la trompe et l'ovaire du même côté sont prolabés. L'ovaire est scléro-kystique et dur, il fait corps avec la trompe, l'ensemble de ses annexes est accolé à la face postérieure de l'utérus.

L'opération ne présente rien de particulier, des adhérences assez fortes existent surtout à gauche et M. Pozzi fait effort pour les rompre. Néanmoins les annexes sont assez vivement amenées à l'extérieur et liées successivement à gauche, puis à droite. L'examen des pièces vérifie le diagnostic; à gauche la trompe du volume du petit doigt est dure, épaissie et présente l'aspect caractéristique des lésions de salpingite parenchymateuse. La lumière est tout à fait oblitérée, l'ovaire est dur et scléreux; à droite la trompe est atteinte seulement de salpingite catarrhale, elle est de couleur rouge vif, la muqueuse est boursouflée. Le pavillon n'est pas oblitéré comme de l'autre côté, on trouve l'ovaire scléro-kystique. Les suites opératoires sont excellentes, réunion par première intention. En outre la vaginite très intense et la métrite dont elle était atteinte disparaissent graduellement, et à sa sortie de l'hôpital, le 23 octobre, elle était tout à fait guérie. La malade, revue en décembre 1890, continue à être en parfaite santé.

Observation VII.

Infection blennorrhagique ancienne ; hydrosalpinx double ; ovaires scléro-kystique prolabés ; ablation des annexes ; guérison.

G... (Irma), 28 ans, entrée le 17 août 1890, opérée le 18 septembre.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents génitaux: Réglée à 10 ans 1/2. Première grossesse à 18 ans. Toujours bien réglée, ne se plaint que d'une leucorrhée abondante. Depuis quatre ans, elle se plaint de douleurs lombaires et dans le bas-ventre, surtout du côté droit. Ces douleurs s'irradiaient dans le membre inférieur correspondant.

Depuis lors, les règles deviennent douloureuses, elles durent quatre à cinq jours, et sont suivies d'une leucorrhée très abondante. Ces derniers mois les pertes blanches ont pris une couleur verdâtre, elles empèsent le linge; de plus la malade souffre en urinant.

Au moment de son entrée l'examen nous montre: Marche difficile, penchée en avant, la station debout est pénible. La palpation abdominale est douloureuse surtout du côté droit.

Au toucher on sent un col petit, non ulcéré, tandis que la palpation bi manuelle indique une anté courbure et un abaissement de l'utérus non douloureux et mobile.

L'exploration des annexes montre que le cul-de-sac latéral gauche est occupé par une tumeur dure qui est l'ovaire. A droite on sent une masse résistante accolée à un noyau dur qui est l'ovaire.

L'exploration des trompes étant assez difficile, on soumet la malade au chloroforme et on constate que le cul-de-sac de Douglas est occupée par une tumeur volumineuse dans laquelle on sent assez bien les trompes. Ce sont là probablement des lésions de péri salpingite.

Laparotomie le jour même. Rien à signaler.

Examen des pièces et particularités de l'opération.

Du côté gauche, la trompe décortiquée facilement forme une tumeur du volume d'un œuf, elle est molle, fluctuante et recourbée en crosse en arrière de l'utérus; elle contient un liquide citrin visible par transparence. Au-dessous se trouve un ovaire scléro-kystique (un des kystes a le volume d'un grain de raisin). Au moment de la section de la tromqe toujours pratiquée au thermo-cautère, il s'écoule un liquide citrin qui oblige de pincer la partie voisine de la section.

A droite, la tumeur a le volume d'un pouce, elle est flasque, elle s'est vidée spontanément dans l'utérus pendant l'opération. L'appendice de l'hydatide de Morgagni présentait ici une longueur démesurée de 5 à 6 centimètres. L'ovaire est scléro-kystique.

En résumé, il y avait là des lésions de double hydrosalpinx: celui du côté droit communiquant avec la cavité utérine, tandis que du côté gauche la ligature est posée à l'union de la partie perméable et imperméable de la trompe, ainsi que l'a prouvé l'examen des pièces.

La malade sort le vingt-cinquième jour avec un état local et général excellent.

Observation VIII.

Infection blennorrhagique ; hydrosalpinx gauche ; salpingite chronique droite ; ovaires scléro-kystiques ; ablation des annexes ; guérison.

La nommée L... (Maria), 35 ans, entrée le 27 septembre 1890, opérée le 3 octobre, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Voici son passé génital: Réglée à 16 ans, elle ne commence à éprouver de douleurs dans le ventre qu'à l'âge de 28 ans. Ces douleurs persistent pendant six mois et disparaissent ensuite grâce au repos et à un traitement médical.

Il y a quatre ans, à 31 ans, la malade est atteinte d'une leucorrhée abondante, tachant son linge en jaune, elle se plaint en même temps de douleurs à la miction. A la même époque elle signale au réveil des douleurs, celles-ci furent si fortes que la malade dut s'aliter.

La malade reste couchée quatre mois, puis reprend ses occupations. Depuis cette époque les règles deviennent irrégulières et douloureuses, et l'obligent à se coucher deux ou trois jours par mois. Tous ces accidents altèrent la santé de la malade qui va consulter un médecin. Celui-ci trouve des lésions des trompes et l'envoie à l'hôpital Pascal.

A l'examen, on constate par le toucher un col volumineux et entr'ouvert, couvert de granulations (œufs de Nabath), les cul-de-sac sont normaux. Le fonds de l'utérus est difficile à trouver et semble en anté version ; il est douloureux et peu

mobile. Le cathétérisme utérin donne une cavité de 6 centimètres et confirme l'antéposition. Au spéculum on constate que le col est gros, exulcéré et donne issue à un mucus épais et jaunâtre.

On fait le diagnostic de métrite catarrhale chronique, avec col hypertrophie et scléro-kystique, et M. Pozzi pose l'indication opératoire suivante: curettage de schrœder.

L'examen des annexes étant très difficile, la malade est soumise à un examen sous le chloroforme. Voici les résultats de cet examen. Utérus en antéversion dans le cul-de-sac latéral gauche, et en arrière on sent par la palpation bimanuelle, une tumeur allongée ayant un pédicule rétréci du côté de la corne utérine. Cette tumeur adhère à la face postérieure de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas.

A droite on sent une tuméfaction mal limitée, proéminant dans le cul-de-sac de Douglas et isolée de la tumeur gauche.

Diagnostic. — Aux lésions utérines signalées, s'ajoute une double salpingite chronique et parenchymateuse prolabés dans les cul-de-sac de Douglas. On n'a pu se prononcer sur la lésion des ovaires.

Opération. — Laparotomie le 3 octobre 1890.

Examen des pièces. — La trompe gauche a le volume d'une grosse noix, elle est remplie d'un liquide caractéristique de l'hydrosalpinx.

L'ovaire du côté gauche adhérait au péritoine pelvien et à l'intestin. En détruisant ces adhérences, l'ovaire se déchire en son milien. Une moitié est enlevée avec la trompe, l'autre est ensuite pédiculisée et enlevée à part.

A droite de nombreuses adhérences enveloppent les annexes; on libère d'abord la trompe dont le pavillon oblitéré adhère à la face postérieure de l'utérus.

Ces adhérences rompues, on redresse la trompe qu'il est difficile de tirer au dehors, grâce à une brièveté remarquable du ligament infoudibulo-pelvien. Ce qui a également rendu très difficile la pédiculisation de la tumeur. La ligature posée, on sectionne au thermo-cautère, une hémorrhagie artérielle se produit. On saisit de nouveau le ligament large au-dessous de la section et on pose une nouvelle ligature. La trompe enroulée en spirale présentait des lésions d'hydrosalpinx et des lésions parenchymateuses en dedans.

Les ovaires étaient petits, durs et scléro-kystiques.

En somme, on avait là des lésions anciennes de salpingite en voie de transformation parenchymateuse et d'hydrosalpinx; des ovaires scléro-kystiques, le tout immobilisé dans le cul-de-sac de Douglas par des adhérences résistantes.

La malade a parfaitement guéri.

OBSERVATION IX.

Infection blennorrhagique; hydrosalpinx droit; salpingite catarrhale gauche; double ovaire kystique; ablation des annexes; guérison.

Marguerite B..., 26 ans, entrée le 5 octobre.

Antécédents génitaux: Réglée à 14 ans, elle a eu une seule grossesse normale à 23 ans. A partir de ce moment, la malade commence à se plaindre de douleurs dans le bas-ventre. Elle se lève le quinzième jour après son accouchement, mais elle est obligée de s'aliter de nouveau à cause d'une hémorrhagie abondante, accompagnée de vives douleurs dans le ventre, de fièvre et de vomissements. Il est probable qu'elle a eu à ce moment une poussée de pelvi-péritonite.

Arrivée à Paris en 1889, elle devient syphilitique; elle entre à Lourcine, salle Fracastor en mars 1890, où elle est soignée pour des accidents secondaires. Néanmoins, comme elle accusait des douleurs dans le bas-ventre et une leucorrhée abondante, on l'examine à ce point de vue. On constate à un premier examen une métrite catarrhale avec exulcération du col (métrite blennorrhagique). On constate de plus une tumeur salpingienne. Soignée pour une syphilis et pour sa métrite par des tampons de glycérine combinés à des attouchements au naphthol camphré sur le col, elle quitte l'hôpital très améliorée en juin. En septembre, elle revient à Lourcine pour les douleurs qui l'empêchent de travailler. Elle passe à Pascal en demandant avec instance une opération qui est décidée.

Le 13 octobre, examinée sous le chloroforme, M. Pozzi constate à droite et en arrière une tumeur molle et fluctuante et fait le diagnostic d'hydro ou de pyosalpinx, tandis qu'à gauche il ne lui semble pas trouver des lésions bien accusées.

Opération. — L'ablation des annexes du côté gauche est relativement facile; à droite les difficultés sont plus grandes à cause des adhérences et la tumeur y est beaucoup plus volumineuse. Elle a le volume d'un poing d'adulte et est distendue par un liquide transparent. On a de grandes difficultés à libérer cette trompe du ligament infundibulo-pelvien qui la bride en arrière.

La difficulté à la pédiculisation de la tumeur oblige à lier avec deux ligatures, une comprenant la partie du ligament large qui s'étend vers l'utérus, l'autre celle qui s'étend vers le ligament infundibulo-pelvien.

En résumé, il y avait ici à gauche des lésions ne dépassant pas les altérations de la salpingite catarrhale, mais l'ovaire ayant été reconnu scléro-kystique, les annexes sont enlevées.

A droite, la tumeur volumineuse signalée est formée par la trompe dilatée en hydrosalpinx présentant un renflement au niveau du pavillon oblitéré, elle présentait de plus des sinuosités très marquées s'étendant jusqu'à la corne utérine.

Les suites opératoires ont été excellentes.

(A suivre.)

DES MÉTHODES D'ÉVACUATION SIMPLE APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES PYOSALPYNGITES ET DES COLLECTIONS LIQUIDES DU PELVIS (1).

Par M. le Prof. VULLIET.

Voici deux ans que je n'ai plus eu recours ni à l'hystérectomie ni à la laparotomie pour des suppurations pelviennes.

Pendant ces deux années, j'ai appliqué à tous ces cas, au nombre de 18, une méthode très simple à laquelle j'ai été initié à la clinique de Landau lors du congrès de Berlin. Cette méthode ne m'a donné ni un accident, ni un échec, et, parmi les malades que j'ai pu suivre, je n'ai pas constaté une récidive. Aussi je ne crois pas, comme le rapporteur, qu'il n'y ait plus, pour guérir les suppurations pelviennes, que deux méthodes en concurrence, la laparotomie et l'hystérectomie. Que le pus pelvien existe dans des poches de nouvelle formation, il est susceptible d'être évacué comme

(1) Congrès de gynécologie, Bruxelles, 1892.

ailleurs par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par ponction, incision, lavage et drainage des poches.

Landau a publié ses résultats qui sont remarquables et les miens les confirment d'une façon absolue. La paracentèse constitue la base fondamentale de mon traitement habituel et le plus souvent je n'ai pas besoin de recourir à d'autres moyens.

Il est évident que si j'ai affaire à de vastes abcès, nettement fluctuants, siégeant sous la paroi, je n'hésite pas à les inciser d'emblée, sur le point où ils font saillie. Ces collections s'opèrent comme l'hématocèle suppurée, mais ce n'est pas d'elles qu'il s'agit ici.

Les collections pour lesquelles l'hystérectomie et la laparotomie, peuvent entrer en concurrence, sont, en majorité des pyosalpingites. Or, le sac ou les sacs purulents de la pyosalpingite se trouvent ordinairement soit d'emblée, soit par suite d'adhérences, sinon contigus à l'utérus, du moins très rapprochés de celui-ci. Les collections ont sur une certaine étendue des parois mitoyennes avec l'utérus et avec le plancher pelvien. Ces parois sont ordinairement le résultat d'un adossement produit par les adhérences qu'a déterminées la pelvipéritonite péritubaire.

Dans la régle, ces adhérences sont solides et nombreuses parce que l'on a affaire à de vieilles collections qui se sont établies par poussées inflammatoires successives.

Quant au pus, il a ordinairement perdu une grande partie de sa virulence, comme le montre l'innocuité relative des ruptures des poches dans le cours de l'ablation des annexes par la laparotomie.

Le fait qu'il existe des adhérences solides et épaisses explique comment il devient possible de pratiquer des ponctions par voie vaginale sans s'égarer à droite et à gauche dans la cavité péritonéale, et la qualité du pus explique pourquoi le liquide montre si peu de tendance à se reproduire.

Une ponction aseptique est un traumatisme anodin. Il n'est arrivé de ponctionner sans résultat jusqu'à trois reprises avant d'arriver dans le foyer ; je n'ai jamais eu d'accident.

Dans le début j'ai vu plus fréquemment que maintenant la reproduction du liquide. Cela tenait, comme j'ai pu m'en convaincre ultérieurement, à ce que je croyais avoir évacué tout le pus, alors que je n'avais ponctionné qu'un diverticule ou une poche, en laissant d'autres intactes.

Depuis que je suis averti et que j'explore mieux, ou bien je fais toutes les ponctions d'emblée ou bien je les réserve pour une autre séance ; mais je n'attribue plus à la reproduction du pus, l'omission de poches déjà existantes lors de la première ponction.

J'arrive maintenant à la technique opératoire. Même désinfection que s'il s'agissait d'une hystérectomie ou d'une laparotomie.

La malade étant dans la position sacro-dorsale, je me place sur le côté que je vais ponctionner et je fais passer sa jambe par-dessus ma tête, de façon que cette jambe repose sur mon épaule et que le torse et le bassin s'inclinent du côté opposé. Je signale ce décubitus parce qu'il dégage mieux qu'aucun autre la région à explorer.

La respiration étant tranquille et bien rythmée, la main externe descend en dedans de l'aile du bassin, en même temps que deux doigts de la main qui touche, remontent le long des plans de la symphyse sacro-iliaque. Les deux mains finissent par se sentir l'une l'autre, enserrant entre elles tout ce qui peut se trouver dans les annexes. Alors commence la palpation minutieuse qui permettra de découvrir la région fluctuante. Une fois qu'elle est découverte je fais placer la main de mon assistant sous ma main extérieure et je renouvelle les pressions jusqu'à ce que j'aie à travers sa main la sensation que j'enserre bien la tuméfaction d'une façon bipolaire. Alors mon assistant continue seul la pression et prend à son tour la jambe de la malade sur son épaule.

Sans quitter de la main qui touche, le point précis où je vais ponctionner, je me place devant la malade, et saisissant le trocart je le plonge dans la tuméfaction, en visant le point où appuient les doigts de mon aide.

Pendant l'écoulement du liquide, on continue les pressions pour en amener l'expulsion complète. Nous profitons aussi de ce moment pour ensemencer des tubes à culture qui nous renseigneront sur le degré de virulence du liquide.

Si je ne vois pas sortir de liquide, je vérifie si le trocart a bien pris la bonne direction, pour ponctionner un autre point quand j'ai des raisons de croire que j'ai manqué le but.

Il est évident qu'on peut passer deux ou trois fois à côté de la poche, car ces collections sont souvent fort petites, surtout lorsqu'elles sont multiples. Les difficultés techniques sont certainement plus grandes que si les collections étaient superficielles et toujours uniques ; mais ces difficultés sont loin de pouvoir arrêter un gynécologiste familiarisé avec la palpation bimanuelle.

Si au bout de dix à quinze jours le liquide s'est reproduit, je ponctionne à nouveau, mais cette fois, l'évacuation étant achevée, j'injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé au 1/1000e dans la poche, en la malaxant, de façon à en bien mettre les parois en contact avec le liquide antiseptique.

Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, j'ai recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée.

Je me sers pour cela d'un couteau semblable à l'urétrotome, terminé sur le côté opposé à la lame par un petit anneau ouvert qui s'adapte sur le trocart. Dès que le pus s'écoule, je ferme le robinet du trocart, et découvrant le champ opératoire avec des écarteurs, l'utérus étant fixé par une pince, je fais glisser le couteau sur le trocart jusque dans le sac. Il va sans dire qu'il faut diriger la lame de façon à épargner la région des vaisseaux ou tous autres points où l'on a constaté des pulsations.

Sur mes 18 cas, je n'en ai eu que 3 dans lesquels j'ai dû avoir recours à l'incision et au drainage et ils ont guéri comme les autres.

On a accusé la ponction des pyosalpingites d'être une opération aveugle. Elle ne l'est pas pour ceux qui ne sont pas terrorisés par une crainte toute théorique et pour ceux qui ont l'habitude de ce genre de manœuvres.

Du reste, personne ne se dissimulera qu'il faut aussi faire beaucoup de choses à tâtons dans le cours d'une laparotomie ou d'une hystérectomie pratiquée dans un cas de suppuration pelvienne. Ni l'une ni l'autre ne permettent des opérations à découvert et bien réglées.

Concurremment avec la partie opératoire du traitement, j'ai également employé la médication antiphlogistique et résolutive, le massage par exemple, mais je n'attribue à ces moyens qu'un rôle accessoire.

A propos de ces moyens accessoires, je dirai, d'accord avec l'honorable rapporteur, que je ne crois pas au drainage utérin par le tamponnement pour vider des collections purulentes des trompes.

Personne ne pouvait être mieux disposé que moi à étendre les applications de la méthode de dilatation par le tamponnement. J'ai donc voulu imiter Doléris et n'ai réussi qu'à rallumer parfois de vieux foyers inflammatoires. A mon avis, cette thérapeutique n'est ni prudente, ni efficace et je continue à croire qu'il ne faut pas taquiner un utérus, dans les annexes duquel il se trouve du pus.

En présence des résultats excellents, confirmatifs de ceux de Landau, que m'a donnés depuis deux ans cette méthode qui n'exige aucun sacrifice inutile des organes pelviens, je dirai, contrairement au rapporteur, et en retournant une de ses phrases :

« Si l'hystérectomie et la laparotomie doivent rester limitées dans leurs applications à des cas exceptionnels, il en est tout autrement pour la méthode d'évacuation simple, qui constitue, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations pelviennes. »

CHIMIE BIOLOGIQUE

RECHERCHES SUR LES PTOMAÏNES DANS QUELQUES MALADIES INFECTIEUSES (1)

Par A.-B. Griffiths.

La méthode qui m'a permis d'extraire les ptomaînes urinaires dans quelques maladies infectieuses a déjà été décrite dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. CXIII, p. 656.

I. *Morve.* — La morve est une maladie infectieuse à un haute degré qui sévit sur les chevaux, les mulets et les ânes. Elle se développe chez l'homme par contagion directe.

MM. Bouchard, Capitan et Charrin (2), et MM. Loeffler et Schütz ont démontré l'origine bactérienne de cette maladie. Mais les caractères spécifiques ont été, depuis, minutieusement établis dans les travaux de Kitt (3), Weichselbaum (4), et surtout dans un mémoire de Loeffler (5), où l'on trouvera tous les détails relatifs à la morve expérimentale (6).

J'ai extrait une ptomaîne des urines des morveux. Cette base est une substance blanche, cristalline, soluble dans l'eau, à réaction alcaline. Elle forme un chlorhydrate, un chloroplatinate et un chloraurate cristallisés; elle donne un précipité verdâtre avec l'acide phosphotungstique, blanc brunâtre avec l'acide phosphomolybdique, jaune avec l'acide picrique. Elle est aussi précipitée par le réactif de Nessler.

(1) Acad. des sciences, 7 juin 1892.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1882.
(3) *Jahresbericht der München Thiesarsneich.*, 1883-1884.
(4) *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1885.
(5) *Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte*, 1886.
(6) Voir aussi l'ouvrage *Researches on Micro-Organisms* par A.-B. Griffiths, pp. 15, 258. (Baillière and Cie, à Londres.)

Les analyses de cette base ont donné les résultats suivants :

Substance employée......	0 gr. 384
CO^2....................	0 815
H^2O....................	0 126
Substance employée......	0 gr. 390
Volume d'azote..........	31 cc. 2

	Trouvé. I.	Trouvé. II.	Calculé pour $C^{15}H^{10}Az^2O^6$.
Carbone....	57,88	»	57,32
Hydrogène..	3,64	»	3,18
Azote......	»	9,22	8,92
Oxygène....	»	»	30,57

Ces résultats assignent la formule $C^{15}H^{10}Az^2O^6$ à cette ptomaîne.

Cette base est vénéneuse. Une solution de cette ptomaîne (dans l'eau stérilisée), injectée sous la peau d'un lapin, produit un abcès au point d'injection, des nodules spéciaux dans les poumons et la rate, des abcès métastatiques dans divers organes, et finalement la mort.

Je crois que cette ptomaîne est le véritable poison dans la morve; le *bacillus mallei* produit aussi la même ptomaîne quand il a grandi dans les cultures pures.

II. *Pneumonie.* — La ptomaîne qu'on extrait des urines des pneumoniques est une substance blanche, qui cristallise en aiguilles microscopiques solubles dans l'eau, à réaction alcaline. Elle forme un chloroplatinate, un chloraurate et un chlorhydrate; elle donne un précipité blanc avec l'acide phosphotungstique, blanc jaunâtre avec l'acide phosphomolybdique. Le réactif de Nessler donne un précipité brunâtre.

L'acide picrique produit avec cette ptomaîne un précipité jaune, et le picrate ainsi formé est légèrement soluble.

Les analyses de cette base ont donné les résultats suivants :

Substance employée.....	0 gr. 1034
CO^2...................	0 2643
H^2O...................	0 07215
Substance employée.....	0 gr. 1032
Volume d'azote.........	7 cc. 787

	Trouvé. I.	Trouvé. II.	Calculé pour $C^{20}H^{26}Az^2O^3$.
Carbone....	69,98	»	70,17
Hydrogène..	7,77	»	7,60
Azote......	»	8,61	8,19
Oxygène....	»	»	14,04

Ces résultats répondent à la formule $C^{20}H^{26}Az^2O^3$.

Le pouvoir rotatoire spécifique (1) pour la raie D est
$$[\alpha]_D = + 23°,5.$$

Ces deux ptomaînes ne se rencontrent pas dans les urines normales; elles sont donc bien formées dans l'économie au cours de ces maladies infectieuses.

(1) La ptomaîne fut dissoute dans l'eau.

REVUE DES JOURNAUX

TOXICOLOGIE

I. — Un cas d'empoisonnement par l'antipyrine, par le Dr P. Guttmann. (*Therapeutische Monatshefte*, octobre 1892, fasc. 10, p. 560.)

II. — Un cas d'empoisonnement par la quinine, par le Dr Grosskopf. (*Eodem loco*, p. 561.)

III. — Empoisonnement par un mélange d'acide phénique et de chloroforme, par le Dr Lorenz. (*Annali di Chimica e Farmacologia*, juin 1892.)

IV. — Un cas insolite d'intoxication par l'acide phénique, par le Dr Wilkinson. (*Therapeutic Gazette*, 15 avril 1892.)

I. — M. P. Guttmann rappelle qu'il y a cinq ans il avait relaté un cas d'intoxication par l'antipyrine, survenue à la suite de l'administration de 1 gramme de ce médicament. L'intoxication s'était traduite par une violente agitation, par de l'accélération du pouls, des troubles de la vue, par une éruption ortiée, manifestations qui s'étaient dissipées au bout de deux jours.

Récemment M. Guttmann a observé un nouvel exemple d'intoxication par l'antipyrine, qui offre la plus grande ressemblance avec le précédent. Ce second cas concerne un homme qui fut transporté à l'hôpital Moabit, dans un état de profond collapsus. Le malade avait les extrémités froides, des crampes des mollets. Il vomissait. Sa voix était enrouée, ses yeux cernés ; le pouls était imperceptible. T. 34°,5.

M. P. Guttmann crut d'abord à une attaque de choléra, diagnostic qu'il fallut rejeter, le malade n'ayant pas de diarrhée. En poursuivant l'examen du patient, on découvrit sur la poitrine et le ventre, un exanthème constitué par des taches miliaires, d'un rose foncé, à peine proéminantes, à bords nettement dessinés. Le malade ne parvenait à ouvrir les yeux que lentement et avec peine. Il se plaignait de violents maux de tête, de bourdonnements d'oreille; par moments il lui semblait qu'il avait devant les yeux un voile impénétrable. D'autres fois, il voyait les objets en double et en triple, et renversés. Le malade racontait en outre que sa langue lui paraissait lourde comme du plomb, et qu'il n'avait plus la sensation de ses doigts et de ses orteils.

On soupçonna un empoisonnement. Or on apprit de la bouche du malade, que celui-ci était, depuis des années, en proie à de violents maux de tête, contre lesquels il avait employé infructueusement toutes sortes de remèdes. Du 1er au 3 septembre il avait pris, en trois fois, 3 grammes de phénacétine, mais ce n'est qu'après avoir ensuite absorbé 1 gramme d'antipyrine, qu'il avait éprouvé du soulagement. Déjà après cette première prise d'antipyrine, il avait ressenti un peu de vertige et une certaine gêne de la vue. Il avait continué de prendre de l'antipyrine, à raison de deux prises quotidiennes de 1 gramme. La gêne de la vue dégénéra en amaurose, et la sensation de vertige alla en s'accentuant.

Le malade avait absorbé en tout 10 grammes d'antipyrine, lorsqu'il fut trouvé dans l'état ci-dessus décrit. On eut recours à différents excitants, à la suite de quoi il s'est rétabli promptement.

M. Guttmann a cru devoir insister sur l'analogie des symptômes présentés par son malade avec ceux de la période algide du choléra, l'état normal des selles ayant rendu toute confusion impossible. Il a, d'autre part, ajouté qu'assez souvent il avait noté des effets accessoires plus ou moins désagréables chez les malades auxquels il a fait prendre de l'antipyrine, ce qui l'a rendu plus circonspect dans l'administration de ce médicament. M. Guttmann, à qui nous devons l'introduction de l'antipyrine en thérapeutique, avait conseillé, dès le début, de ne prescrire une première fois cette substance qu'à la dose de 1/2 gramme, sauf à augmenter les doses subséquentes, en cas de tolérance. Plus que jamais, il croit devoir recommander l'observance de ce précepte, à la suite de ces deux exemples d'intoxication grave survenue à la suite de l'administration de doses d'antipyrine qui ne dépassaient pas 1 gramme.

II. — M. Grosskopf ayant eu à donner des soins à un malade atteint d'une fièvre intermittente dont les accès revenaient le matin vers 11 heures, prescrit 6 paquets de quinine de 50 centigrammes chaque, à prendre un de ces paquets le matin à 6 heures.

A la suite de la première prise de quinine, l'accès de fièvre fit défaut ce même jour. En présence de ce résultat, le malade, dans l'intention de se débarrasser d'un coup de ses fièvres, crut devoir, le lendemain, absorber d'un coup les 5 paquets restants (c'est-à-dire 2 gr. 5 de quinine). Une heure après, le malade s'affaissa sans connaissance, et au bout de deux nouvelles heures, le médecin le trouva inanimé sur le sol. La figure du malade était d'une pâleur cadavérique, tout le corps était froid comme de la glace. Le pouls était petit, accéléré, les mouvements respiratoires, superficiels, étaient également augmentés de fréquence.

On fit au malade deux injections de camphre et d'éther, et des frictions énergiques sur le thorax. Au bout d'une heure il reprenait ses sens et entr'ouvrait les yeux, mais il se plaignait encore de n'y rien voir. Il tomba ensuite dans un profond sommeil, qui se prolongea jusqu'à 8 heures du soir. A son réveil il se sentait bien à l'aise, mais il était toujours comme frappé de cécité. C'est seulement dix minutes plus tard, que la vue lui revint peu à peu. Le lendemain matin, il était complètement rétabli. A noter qu'à aucun moment il n'avait eu des bourdonnement d'oreille ou d'autres troubles de l'ouïe.

III. — Dans une pharmacie de Milan on débite sous le nom d'*algontin*, un analgésique qui n'est autre qu'un mélange d'acide phénique et de chloroforme. M. Lorenz a observé un cas d'empoisonnement causé par l'emploi de cette substance. C'était chez une jeune fille, qui avait été transportée à l'hôpital municipal de Florence, dans un état semi-comateux. Elle était pâle, elle avait la peau froide; différents groupes de muscles, mais principalement ceux qui s'insèrent au maxillaire inférieur, passaient par des alternatives de relâchement et d'agitation convulsive. Le regard était fixe; on constatait de la mydriase et l'abolition des réflexes cornéens.

On fit prendre à la malade un vomitif, suivi de l'emploi de remèdes excitants. Après que le vomitif eut produit son effet, la jeune fille se rétablit très promptement. Les personnes de l'entourage retrouvèrent ensuite le flacon qui contenait des restes d'algontine, ingrédient dont la jeune fille s'était servie pour calmer des douleurs odontalgiques.

Ce cas fut pour l'auteur une occasion d'étudier l'action de l'algontine, ce qui l'a amené à conclure que si les accidents toxiques occasionnés par cette drogue sont imputables, en partie au chloroforme, en partie à l'acide phénique, c'est l'influence de ce dernier qui prévaut néanmoins.

IV. — Une jeune fille affectée d'une néphrite, avait succombé en l'espace de vingt-quatre heures à un empoisonnement par l'acide phénique. Dans ses urines on trouva une grande quantité d'albumine, de globules rouges et de matière colorante biliaire, mais pas d'acide phénique L'examen microscopique des reins ne décela que des altérations de vieille date, mais point de traces d'une néphrite aiguë. A l'occasion de ce fait M. Wilkinson a fait des expériences sur des lapins, pour étudier les altérations imputables à l'empoisonnement phéniqué. L'acide phénique fut administré aux animaux, à doses faibles d'abord, puis progressivement croissantes, jusqu'à production de convulsions et terminaison mortelle. L'urine rendue par les animaux, dans ces conditions, ne contenait ni acide phénique, ni sucre, ni albumine, ni cylindres; mais une grande quantité de globules rouges et de matière colorante biliaire; elle ne dégageait pas l'odeur phéniquée.

Les reins présentaient les lésions d'une néphrite parenchymateuse au début; de même les cellules du foie étaient le siége d'une tuméfaction inflammatoire. Quelques branches de la veine porte et de la veine hépatique étaient thrombosées.

Un lapin, empoisonné au moyen de l'antipyrine, présenta les mêmes symptômes que les animaux empoisonnés au moyen de l'acide phénique, et rendit des urines légèrement albumineuses, contenant un peu de matière colorante biliaire. Les reins présentaient les altérations d'une néphrite interstitielle: même état du foie que chez les lapins qui avaient succombé à l'empoisonnement phéniqué.

L'examen du sang fit constater dans les deux cas — empoisonnement par l'acide phénique et par l'antipyrine — une oligocythémie, sans altérations de la forme des globules. La richesse du sang en hémoglobine était légèrement diminuée. État anormal des globules blancs.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par le Dr G. Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine. Un vol. broché. — Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 1892.

M. le Dr Daremberg vient de publier sur le choléra, ses causes et les moyens de s'en préserver, un livre qui est un ouvrage d'hygiène pratique. Ce livre est fort intéressant et tout en contenant des faits absolument scientifiques, est écrit dans un style facile et attachant.

Il est divisé en dix chapitres. Dans le premier, l'auteur étudie la marche du choléra dans les grandes épidémies qui ont désolé l'Europe depuis un siècle. Il montre que le foyer initial est dans l'Inde, où le choléra est endémique, qu'il en part pour envahir l'Asie et l'Europe tantôt par la voie de mer, tantôt par la voie de terre; qu'enfin des foyers secondaires se sont créés, en Europo foyers qui tendent à devenir endémiques à leur tour.

« Le choléra est une maladie infectieuse due à la pullulation d'un microbe qui répand dans l'organisme des poisons violents. » Ce microbe est le bacille virgule de Koch. On le retrouve dans l'intestin de l'immense majorité des malades. Quelquefois, on ne trouve cependant qu'un bacille vulgaire de l'intestin, le *bacillus coli commune*, mais il ne faut pas oublier, comme le fait fort bien remarquer M. Daremberg, que dans un assez grand nombre de cas légers, ou à marche lentement fatale, on ne trouve pas de bacilles de Koch, parce qu'il y en a fort peu.

M. Daremberg étudie alors la vie et les mœurs du bacille virgule. Il rappelle les différentes tentatives de vaccination que l'on a faites depuis 1885. Puis, il décrit les symptômes de la maladie, en indiquant sur quelles bases bactériologiques on s'appuie pour distinguer le choléra asiatique du choléra *nostras* dans ses formes graves. Il expose ensuite la partie qui, au point de vue pratique, est la plus intéressante, celle qui traite de la contagion directe et indirecte du choléra.

La contagion directe du choléra se fait de diverses façons, par le contact des linges souillés, par les matières fécales des cholériques, principalement dans les milieux malpropres, dans les habitations malsaines, ou bien souvent dans les cabinets d'aisance servant aux malades et aux personnes bien portantes. Mais elle se fait aussi dans les hôpitaux, où les règles de l'hygiène sont cependant observées; c'est ainsi qu'on a pu y constater un grand nombre de cas intérieurs, les cholériques contagionnant des malades couchés dans les mêmes salles qu'eux. Ce qui démontre que les cholériques doivent être soignés dans des hôpitaux spéciaux ou au moins dans des pavillons isolés des autres salles.

La contagion par l'eau est évidente. Le bacille du choléra vit très bien dans l'eau. Aussi l'eau peut-elle devenir extrêmement nuisible quand elle provient d'un fleuve qui a été souillé par les égouts d'une ville qui verse des matières fécales à la rivière. Ces eaux peuvent être contaminées par les eaux de pluie qui entraînent des germes cholériques déposés sur le sol à l'aide des matières fécales. Ces faits ont amené certains savants à penser que l'eau seule, et non point l'air, sert de véhicule pour la propagation du choléra (*Trinkewasser Theorie*; Koch, Brouardel, Durand-Claye, etc...). Cependant, il faut admettre la contagion par le sol et par l'air, la terre étant le grand réceptacle où les microbes des maladies contagieuses viennent tour à tour atténuer ou exalter leur virulence (Pasteur, Grancher et Deschamps, Pettenkofer, Fraenkel Giaxa, Schotellius, Gruber, etc...). Le sol devenant sec, les poussières entraînent les germes qui entrent dans le corps par les divers systèmes d'absorption; de même que l'eau les répand sur tout ce qui doit être absorbé par les voies digestives. Les deux théories, *Trinkewasser* et *Grundwasser* (la dernière) renferment chacune une part de vérité.

L'épidémie actuelle qui ravage la Russie a couvé pendant l'année 1891 dans la région de l'Inde où le choléra est endémique. De la réunion des pèlerins à Hurdwar, en mars 1892, le fléau s'est disséminé à travers l'Afghanistan, la Perse, la Transcaucasie et l'Europe.

Puis il a débuté, en France, le 4 avril, au dépôt de mendicité de Nanterre; et les matières fécales allant toutes à la Seine, les communes situées au-dessous de Nanterre, sur le fleuve, ont été directement contaminées; aussi les cas les plus fréquents ont-ils été constatés à Nanterre, Saint-Denis, île Saint-Denis, Puteaux, Courbevoie, Suresnes, Neuilly, Levallois, Clichy, Saint-Ouen, Aubervilliers, Argenteuil, Gennevilliers. « Grâce à cette hygiène déplorable qui envoie dans la Seine ou dans la presqu'île de Gennevilliers une partie considérable des matières fécales de Paris, le choléra est en train de devenir une maladie parisienne. » Et comme, depuis vingt ans, on préconise le système du *tout à l'égout*, le fleuve tout entier finira par être absolument infecté. Ce qui explique la reviviscence des germes déposés sur le sol par les eaux d'ir-

rigation, en particulier dans la presqu'île de Gennevilliers. Nous ne pouvons mieux décrire l'infection des eaux de la Seine qu'en renvoyant au passage où M. Daremberg la décrit (p. 79, 80, 81 et suivantes). M. Daremberg s'élève à juste titre contre les irrigations projetées, sur Achères et Gennevilliers, des eaux d'égout de Paris. Au contraire, il préconise un canal de Paris à la mer, distribuant son contenu sur le parcours selon les besoins agricoles.

Dans le chapitre VI, nous trouvons toutes les raisons qui prouvent que les quarantaines de terre et de mer ne peuvent pas garantir contre le choléra; et dans le VIIe, l'auteur explique qu'elles doivent être remplacées par des mesures de désinfection. Celles que l'on a instituées jusqu'ici sont dérisoires, si réellement inapplicables qu'elles sont pratiquement inappliquées. Des divers liquides employés pendant les épidémies précédentes, comme antiseptiques, il n'y en a que deux qui puissent être utilisés avec quelque profit, le sublimé corrosif et l'acide phénique. Les instruments susceptibles de désinfecter les vêtements, linges, etc., les étuves à vapeur sous pression, sont les meilleurs incontestablement; mais elles sont moins pratiques que les étuves à vapeur d'eau à tension normale, qui remplissent à peu près tous les desiderata.

Le chapitre VIII renferme des conseils extrêmement utiles sur la façon de se procurer une eau potable inoffensive. Il existe trois moyens de rendre telle une eau préalablement polluée : la filtration, l'ébullition et même la stérilisation à 110°, et l'addition de substances inoffensives pour l'homme qui tuent les germes du choléra.

Les bougies en porcelaine ou en amiante sont les seules filtres donnant des résultats absolus. et encore doivent-elles être souvent nettoyées dans de l'eau chaude acidulée avec du vinaigre. L'ébullition est un excellent moyen, mais coûteux; de plus elle enlève les gaz de l'eau et précipite une partie de ses carbonates. L'épuration chimique se fait en ajoutant 15 à 20 centigrammes d'alun à un litre d'eau, l'alun précipitant au fond de la bouteille toutes les particules organiques. On peut remplacer l'alun par 60 à 80 centigrammes d'acide citrique par litre, les germes sont tués par cet acide.

Les chapitres IX et X comprennent les précautions individuelles à prendre contre la contagion cholérique, et le traitement hygiénique et pharmaceutique du choléra. Ces chapitres ne peuvent être résumés ; il faut les lire en entier afin de s'en bien rendre compte. Ils renferment des conseils pratiques à la portée de tous, qu'il est bon d'avoir toujours à la mémoire, en ce temps d'épidémie.

Le rachitisme, par J. Comby, médecin des hôpitaux de Paris. (Bibliothèque médicale Charcot-Debove. Paris, Rueff et Cie, 1892.)

L'auteur a renfermé dans ce petit volume de 175 pages, une étude fort intéressante sur le rachitisme, en s'appuyant sur de nombreuses observations tirées de sa pratique chez les enfants. Il insiste particulièrement sur la mauvaise nutrition et la dyscrasie générale qu'il régit, en première ligne le rachitisme, ainsi que sur les troubles de la digestion qui précèdent, et de longtemps, les difformités osseuses.

L'auteur différencie nettement les affections connues sous les noms de rachitisme congénital, rachitisme tardif, ostéomalacie, ostéoporose. Avec beaucoup de justesse, il attire l'attention sur le développement de la maladie au moment de la dentition. Ce n'est point le climat qu'il faut surtout accuser comme cause de la maladie, mais l'ignorance et la misère. M. Comby fait une excellente description des difformités qu'on observe dans le rachitisme. Comme traitement de ces difformités osseuses, l'ostéoclasie lui semble l'intervention la meilleure quand elle est possible. Quant au traitement hygiénique, il recommande la bonne nourriture, le bon air, les bains salés, la propreté, etc..., moyens auxquels il joint le phosphate de chaux, l'huile de foie de morue et le phosphore à l'intérieur.

R. F.-M.

NOUVELLES

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française pour l'avancement des sciences a reçu d'un donateur anonyme une somme de 600 fr., destinée à récompenser, sous la forme de deux prix, l'un de 400 fr., l'autre de 200 fr., les auteurs du meilleur travail sur la question suivante :

« Étudier, d'après des documents locaux, la fréquence de la rage et les mesures prophylactiques en vigueur dans un département, la Seine excepté, ou une région (deux ou trois départements) de la France et de l'Algérie. Les chiffres statistiques devront porter au moins sur dix années et comprendre les résultats de 1892. »

Les manuscrits devront être envoyés avant le 31 mars 1893, à M. le Secrétaire du Conseil de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

Conditions du concours. — Afin d'assurer une certaine uniformité dans les travaux, uniformité nécessaire pour que l'on puisse comparer les diverses régions entre elles et tirer de cette composition des résultats pratiques, voici les points les plus importants qui doivent fixer l'attention des auteurs :

1° Indiquer, par année, le nombre des cas de rage chez les animaux, aussi exactement que possible. Donner le nombre des chiens de la région (ce qui est facile avec la perception de la taxe);

2° Indiquer le nombre des personnes mordues et mortes de la rage et celles qui ont été vaccinées à l'Institut Pasteur ;

3° Lorsqu'une grande ville existe dans le département, séparer complètement les cas de rage qui s'y produisent de ceux qui ont lieu dans le reste du département ;

4° Indiquer les mesures de police sanitaire en vigueur dans les villes et à la campagne, leur effet et les difficultés rencontrées dans leur application ;

5° Discuter les causes de la plus ou moins grande fréquence de la rage dans la région et l'influence que peuvent exercer les départements limitrophes;

6° Il est particulièrement intéressant d'examiner à quoi peuvent tenir les différences marquées que présente la proportion des personnes qui viennent se faire vacciner à l'Institut Pasteur dans des départements contigus. Par exemple, tandis que la Sarthe, la Mayenne, l'Eure-et-Loir offrent un minimum de personnes vaccinées, des départements voisins, Seine-et-Oise, Oise, en présentant un assez grand nombre;

7° Dans les départements frontières, il sera bon d'indiquer les mesures prophylactiques en vigueur dans la partie limitrophe du pays étranger, avec quelques renseignements, si possible, sur la fréquence de la rage.

Cours libre. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de

clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa clinique, 52, *rue Jacob, le jeudi* 3 *novembre à 4 heures* et le continuera les mardis jeudis et samedis suivants à la même heure.

Examen des malades et d'opérations les mêmes jours à partir de 2 heures 1/2.

On s'inscrit, 52, *rue Jacob*, les mardis, jeudis, samedis, de 2 heures 1/2 à 4 heures 1/2.

Chemin de fer d'Orleans. — *Fête de la Toussaint*, 1er novembre 1892. — Extension de la durée de validité des billets d'aller et retour. — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les billets aller et retour, à prix réduits, qui auront été délivrés aux conditions du tarif spécial G. V. n° 2, du samedi 29 octobre inclus au mercredi 2 novembre inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 3 novembre.

Les billets de même nature délivrés de ou pour Paris conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 3 novembre.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions aux Stations Hivernales et Thermales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.* — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général, d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour certaines gares du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, — Biarritz, — Dax, — Guéthary, — Pau, — Saint-Jean-de-Luz, — Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : 15 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. — La durée de validité de ces billets peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours, moyennant le paiement pour chaque période d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Billets d'aller et retour de famille pour les Stations Thermales et Hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne. — Des billets d'aller et retour de famille, de 1re et de 2e classes, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par les voyageurs : Pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres.

Pour une famille de	2	personnes.	20 0/0
—	3	—	25 0/0
—	4	—	30 0/0
—	5	—	35 0/0
—	6	— et plus	40 0/0

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. — La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de 30 jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet de famille.

La prolongation de durée de validité des divers billets ci-dessus mentionnés ne peut être demandée que pour des billets non périmés.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions dans le Centre de la France, les Pyrénées et sur les bords du Golfe de Gascogne.* — La Compagnie d'Orléans, d'accord avec celle du Midi, délivre toute l'année des billets d'excursion à prix réduits, permettant de visiter le centre de la France, les Pyrénées et les bords du Golfe de Gascogne.

Ces billets donnent droit aux parcours ci-après, savoir :

1er *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefite-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

2e *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefite-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

3e *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefite-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets : 1re classe 163 fr. 50 c., 2e classe 122 fr. 50 c.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

BILLETS POUR PARCOURS SUPPLÉMENTAIRES NON COMPRIS DANS LES ITINÉRAIRES DES BILLETS DE VOYAGE CIRCULAIRES CI-DESSUS. — Il est délivré de toute station des réseaux d'Orléans et du Midi, pour une autre station de ces réseaux située sur l'itinéraire des billets d'excursions énoncés ci-dessus, ou inversement, des billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, à prix réduits.

Ces billets sont délivrés, soit au commencement du voyage pour aller rejoindre l'itinéraire du billet d'excursion dont ils forment le complément et dont la demande doit être faite en même temps, soit au cours du voyage pour atteindre les points des réseaux situés en dehors de l'itinéraire du billet d'excursion.

Le délai de validité des billets pour parcours supplémentaires expire en même temps que celui du billet d'excursion auquel ils viennent se souder. Toutefois, ce délai est prolongé de trois jours pour le billet aller et retour délivré au commencement du voyage pour aller rejoindre l'itinéraire du billet d'excursion.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 1. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 21. — Affections cholériformes, 4. — Phtisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45. — Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 51. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 62. — Bronchite aiguë et chronique, 38. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 44. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 63. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 18. — Sénilité, 22. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 7. — Total : 867.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

CLINIQUE MÉDICALE

SUR L'AORTITE AIGUË D'ORIGINE GRIPPALE,

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

Dans notre mémoire sur la pneumonie (1) nous avions signalé l'aortite aiguë comme complication possible de la pneumonie. Une femme de 60 ans, atteinte d'une pneumonie du sommet droit, était entrée en convalescence dès le quatrième jour. Suivent quarante-huit heures d'un état satisfaisant. Puis éclatent des accès d'oppression épouvantables ; l'auscultation laisse entendre un souffle rude au premier temps et au foyer aortique et la mort survient rapide au milieu de crises angineuses.

L'observation que nous relatons aujourd'hui a été clôturée par une fin moins tragique : l'aortite aiguë n'a pas entraîné une mort immédiate, elle s'est contentée de faire de l'insuffisance aortique. Ce n'est pas sur une pneumonie qu'elle s'est greffée : une grippe endémique et vulgaire subie par un jeune homme de 20 ans semble en avoir été le point de départ. Un intervalle de treize jours a séparé l'attaque de grippe de l'aortite consécutive : une poursuite fatigante de chiens à la chasse a été le lever de rideau précédant le drame. A peine encore quelques heures de courbature et d'inappétence, et voici venir une oppression angoissante, paroxystique, avec inspirations courtes et rapides, sensation de poids énorme sur le sternum, douleur vive au creux épigastrique. Les jugulaires sont gonflées ; la percussion décèle une augmentation du diamètre transversal du cœur. A l'auscultation, double souffle aortique avec maximum au troisième espace intercostal droit, souffle systolique rude, souffle diastolique plus aigu prolongé en soufflet de forge. Cela couvre toute la surface du cœur et nous empêche de percevoir nettement le souffle d'insuffisance tricuspidienne que le gonflement des jugulaires nous faisait chercher. La fièvre fait défaut (T. 36°,8) ; mais dès le lendemain elle s'élève avec l'apparition d'un frottement péricardique au 3e et 4e espace intercostal gauche, et pendant trois jours elle se maintient entre 38° 1/2 et 39° 1/2.

Bien que les accès d'oppression soient calmés par des injections sous-cutanées de morphine, bien que le frottement péricardique ne s'installe que passagèrement, une fois la convalescence établie, le malade n'est pas à la tête d'une situation enviable. L'insuffisance aortique survit aux crises angineuses : les artères bondissantes, le pouls capillaire, les mouvements rythmiques du voile du palais, la pâleur de la face, en plus le double souffle aortique qui indique ou l'insuffisance l'induration rugueuse des valvules, ménagent au malheureux un avenir gros de périls. Une nouvelle attaque de grippe survenue quelques mois plus tard n'aggrave pas sensiblement l'état du cœur.

Bien curieuse, cette grippe endémique, avec son cortège d'infections secondaires qui rivalise de richesse avec celui des pyrexies les plus graves. Dans son bel ouvrage sur les maladies du cœur et des vaisseaux, M. Huchard, comme coupables d'aortite aiguë, signale la variole (1), la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole.

La pneumonie et la grippe endémique viennent grossir le groupe précédent, avec une certaine répugnance, il est vrai. Au jeune homme dont nous racontons l'histoire, il n'a pas moins fallu qu'une longue poursuite après des chiens pour décider son organisme, convalescent de grippe, à faire les frais d'une complication aussi inattendue que l'aortite aiguë. Une rupture valvulaire telle qu'en rapportent Potain et Rendu (2) a-t-elle été la conclusion de cette course au galop ? Nous ne le pensons pas. Le soir même de cette équipée, B... charge une voiture de foin : un semblable effort n'eût guère été compatible avec l'existence récente d'une rupture des valvules sigmoïdes ; des signes généraux, frissonnements, courbature, inappétence font plutôt admettre une infection dont la localisation sur l'aorte a préparé en quelques heures le terrain à l'insuffisance consécutive.

OBSERVATION

Garçon de 20 ans ; grippe endémique ; treize jours plus tard, course fatigante ; aortite aiguë ; dilatation du cœur ; péricardite sèche ; attaques angineuses calmées par des injections sous-cutanées de morphine ; guérison avec production d'une insuffisance aortique.

M. B... (Joseph), âgé de 20 ans, domestique, habitant Oyonnax, est un garçon robuste, au teint coloré, qui n'a jamais été malade. Le 10 novembre 1891, il prend la grippe endémique : frissonnements, fièvre, courbature, douleurs vagues

(1) *La pneumonie à Oyonnax.* O Doin, 1891, p. 31.

(1) *Maladies du cœur et des vaisseaux.* Doin, 1889, p. 92.
(2) *Dict. encyclop.*, art. CŒUR, t. XVIII, 1re série, p. 552.

dans les membres, toux sèche constituent le syndrome clinique qui tiennent B... alité pendant quatre jours. Une certaine lassitude accompagne la convalescence; toutefois notre malade avait repris ses occupations et se considérait comme guéri, lorsque le 23 novembre 1891, à la poursuite de chiens à la chasse, il court pendant près de deux heures. Tout en sueurs, il remonte en voiture et rentré chez lui, charge une voiture de foin.

Il se couche le soir, mal à l'aise et frissonnant. Le lendemain 24 novembre, il ressent de la fatigue dans les bras et les jambes. L'appétit est perdu.

Le 24 novembre à 6 heures du soir, oppression subite, progressive à 8 heures du soir, nous trouvons B... assis dans son lit anxieux, haletant; le malade accuse un poids énorme sur le sternum. Les inspirations sont courtes et rapides. Les jugulaires sont gonflées, les lèvres cyanosées; la percussion décèle une augmentation de la matité transversale du cœur qui atteint le bord droit du sternum. Au foyer aortique (troisième espace intercostal droit) on entend un bruit de souffle systolique rude et se prolongeant en soufflet de forge à la diastole. Ce souffle couvre toute la surface du cœur et se propage dans les vaisseaux du cou. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, en dehors du mamelon.

Les bronches sont libres. Une douleur vive est ressentie au creux épigastrique. Les urines sont normales, T. s. (rect.) 36°,8, P. 90. Pendant la nuit trois crises semblables se montrent séparées par des intervalles où l'oppression et l'anxiété sont moindres.

Prescriptions : 15 sangsues sur la poitrine. Injections sous-cutanées de morphine au moment des paroxysmes angoissants. Régime lacté.

Le 25. Outre le souffle aortique de la veille, on entend au niveau des 3e et 4e espaces intercostaux gauches un bruit de frottement, de va et vient nettement circonscrit (péricardite sèche). L'oppression a diminué. La fièvre s'élève. T. m., 39°,8; s., 38°,9. P. m., 120; s., 112.

Prescriptions: Un vésicatoire sur le cœur. 1 gramme d'iodure de potassium à continuer les jours suivants.

Le 26. La nuit est plus calme et le malade n'a pas eu besoin de nouvelle injection de morphine. Le bruit de frottement a disparu. Le souffle diastolique prend un timbre très aigu. On ne trouve plus de signes de dilatation cardiaque.

A midi hoquet; violent accès d'angoisse précordiale et d'oppression avec inspirations courtes. Le pouls est fort et bondissant. On donne une injection sous-cutanée de morphine qui calme le malade. T. m., 39°,4; s., 38°,5. P. m., 108; s, 96.

Le 27. On constate l'existence du pouls capillaire sur les ongles et les battements rythmiques du voile du palais et des amygdales (signe de Müller). Double souffle crural de Duroziez. Le malade a des nausées. T. m., 38°,4; s., 38°,6. P. m., 92; s., 84.

Une goutte de sang prise à la pipette et cultivée sur gélose dans l'étuve à 35° reste stérile. Plusieurs cultures donnent le même résultat négatif.

On applique un nouveau vésicatoire.

Le 28. T. m., 37°,5; s., 37°,9. P. m., 84. La nuit a été bonne.

Le 29. T. m., 38°; s., 38°. P. m., 92. Accablement.

Le 30. T. m., 37°,9; s., 38°,2. P. m., 84.

1er décembre. T. m., 38°,1; s., 38°,2. P. m., 80.

Le 2. T. m, 38°; s., 38°,4.

Le 3. T. m., 37°,5. Le souffle diastolique prend un timbre musical. Le malade commence à se lever.

Il a le teint pâle des aortiques, et reste très essoufflé à la besogne, sujet aux vertiges.

Le 5 mars 1892, B... est repris d'une nouvelle attaque de grippe. Son cœur bat dans le 6e espace intercostal; les souffles conservent leurs caractères rudes pour la systole et musical, prolongé dans la diastole. Le malade a eu des frissonnements, des maux de tête, de l'engourdissement dans les membres. L'oppression très forte est calmée par une cuillerée de sirop de morphine.

Le 6. T. m., 38°,6. s., 39°.

Le 7. T. m., 38°, B... va mieux, cette seconde attaque de grippe n'a pas exercé d'influence sur l'état du cœur. Le malade qui a tiré au sort est réformé au conseil de révision.

GYNÉCOLOGIE

DE L'OOPHOROSALPINGITE CHRONIQUE NON SUPPURÉE,

Par le Dr P.-R. CHARRIER,

D'après les observations recueillies dans le service du Dr Pozzi.

(Suite et fin) (1).

Les observations X-XI jusqu'à XVII inclusivement terminent la série des oophoro-salpingites chroniques non suppurées. Nous ne répéterons pas ce que nous avons déjà dit pour les hydrosalpinx et pour les salpingites parenchymateuses. Nous insisterons surtout sur l'observation XI, dans laquelle, à la suite d'une infection blennorrhagique soignée à Lourcine par M. Balzer, la malade est prise brusquement, trois mois après le début de la blennorrhagie et la vaginite ayant disparu, d'une poussée aiguë péritonitique. La malade, interrogée, accusait un refroidissement. Mais si l'on veut bien réfléchir à l'époque où cette poussée péritonitique a eu lieu, c'est-à-dire au moment des règles qui se sont supprimées; si, d'autre part, on porte son attention sur la nature du processus constaté après l'ouverture du ventre, c'est-à-dire sur cette péritonite adhésive sèche qui apparut après l'incision du péritoine; si l'on veut bien remarquer que les anses intestinales agglutinées et soudées entre elles par des adhérences récentes, molles, épaisses comme du fromage, sans qu'il y ait d'exsudat liquide et floconneux, comme dans la puerpéralité; si, enfin, on insiste sur l'absence complète de purulence, aussi bien dans les parties déclives que dans les trompes elles-mêmes, il nous semble certain, malgré le manque des preuves bactériologiques certaines que nous sommes en droit d'affirmer cliniquement, que nous avons, dans ce cas, été en présence d'une péritonite blennorrhagique généralisée présentant toutes les lésions et tous les caractères de la périmétro-salpingite blennorrhagique localisée.

Ici les trompes étaient rouge vineux, très enflammées,

(1) V. *Gazette médicale*, 43 et 44.

N.-B. — Dans le dernier numéro de la *Gazette*, n° 44, nous avons fait dire à notre maître M. Pozzi que l'hydrosalpinx était *toujours* la conséquence du pyosalpinx blennorrhagique: c'est *presque toujours* que nous avons voulu dire. — (P. C.)

légèrement œdémateuses, présentant l'apparence, à la section, de la muqueuse vaginale dans les vaginites suraiguës; il y avait conservation de la lumière de la trompe et enfin les ovaires kystiques étaient peu altérés.

Evidemment cette femme avait eu une blennorrhagie ascendante, l'utérus était encore malade, et les trompes également étaient le siége d'un degré plus ou moins marqué de salpingite aiguë. Au moment des règles on sait, comme nous l'avons démontré, et comme les recherches de M. Tixeron, encore inédites, l'ont également prouvé, que le gonocoque qui se cultive seulement sur du sérum de sang humain trouve, au moment de la période menstruelle, des organes tout préparés, au milieu de culture excellent pour se multiplier, et c'est sans doute à une poussée suraiguë de gonocoques qui a été due cette péritonite aiguë, généralisée, sèche, adhésive, menstruelle.

Nous dirons enfin un mot de l'observation XII dans laquelle on a trouvé un varicocèle tubo-ovarien très marqué; malgré une grossesse antérieure cette malade avait toujours été mal réglée et on peut se demander si la présence d'un varicocèle tubo-ovarien n'était pas à incriminer.

Enfin dans l'observation XVI nous insisterons sur l'hystéropexie que le Dr Pozzi a pratiquée pour remédier à la rétro-position. Ajoutons que l'ablation des annexes a aussi été pratiquée et que c'est en unissant ces deux opérations qu'on a obtenu un vrai résultat.

La dernière de nos observations présente un intérêt particulier à cause des granulations miliaires généralisées que l'on a aperçues une fois le ventre ouvert; sans être certain de la nature bacillaire de ces granulations, on peut la supposer telle, et nous ne saurions trop faire remarquer combien rapidement l'amélioration s'est fait sentir.

Nous croyons donc fermement que dans nos 17 observations on ne pouvait *guérir* les malades qu'en intervenant chirurgicalement. Nous tenons à répéter ce que nous avons dit maintes fois, à savoir qu'à Lourcine Pascal non seulement on apprend à bien opérer, mais on apprend aussi et surtout à examiner soigneusement ses malades, à reconnaître les lésions avant de faire l'ablation des annexes. On peut, en un mot, dire que notre cher maître, le professeur agrégé Pozzi, enseigne à ses élèves non seulement à brillamment et complètement enlever les annexes malades, mais surtout à reconnaître et à respecter les annexes saines ou tout au moins curables sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir le ventre.

OBSERVATION X.

Hydrosalpinx gauche; salpingite parenchymateuse droite; ovaires scléro-kystiques des deux côtés; ablation des annexes; guérison.

La nommée L... (Marie), âgée de 31 ans, entrée le 25 juillet 1890, salle Pascal A. Réglée à 16 ans. Ses règles ont toujours été très douloureuses et très abondantes, en outre la malade accuse depuis sa puberté un écoulement leucorrhéique constant. A 19 ans la malade accouche pour la première fois à terme d'un enfant mort-né. Après cet accouchement elle fut prise de frissons, de fièvre et semble avoir eu une fièvre puerpérale légère; huit mois après elle eut une poussée de péritonite. Cependant à 21 ans elle devint enceinte pour la deuxième fois et eut un accouchement normal. A partir de ce deuxième accouchement qui paraît s'être passé sans incidents la malade n'a pas cessé de souffrir, surtout au moment des règles. Depuis quelques mois tous ces troubles allant en augmentant elle se décide à venir consulter à Pascal A. et à entrer à l'hôpital.

Elle est examinée quelques jours après par M. Pozzi, vers le 27 juillet. L'opération fut aussitôt décidée après cet examen dont voici les résultats : Au toucher, col gros, dur. On constate de chaque côté, à chaque commissure, une déchirure, celle de gauche est surtout prononcée. En outre, en promenant la pulpe de l'index sur le museau de tanche il est facile de reconnaître un certains nombre de points durs, saillants, ce sont des granulations du volume d'un grain de millet et que l'on rencontre souvent sur les cols scléreux. Le toucher combiné avec la palpation fait voir que l'utérus est en rétroflexion peu adhérente, mais très marquée. Le corps est dans le cul-de-sac de Douglas gros, mou et très mobile; à droite on sent une tumeur également mobile formée par une trompe probablement parenchymateuse. A gauche la palpation est très douloureuse et le diagnostic très difficile. La cavité utérine mesure 7 centimètres et par la courbure de l'hystéromètre le diagnostic de rétroflexion est confirmé.

L'opération est pratiquée aussitôt après cet examen, fait sous chloroforme. Du côté gauche la tumeur est très adhérente aux parois du bassin, on la décortique en déroulant l'extrémité supérieur du ligament large, elle est formée par la trompe dilatée en hydro-salpinx, elle est soudée à l'ovaire. Le trompe est dilatée en hydro-salpinx transparent et le kyste salpingien égale celui d'un petit œuf allongé, il occupe les 3/4 externes de la trompe; le 1/4 interne utérin est simplement œdématié. Il est impossible par la pression de faire sourdre du liquide de la trompe. L'ovaire est scléro-kystique, ratatiné présentant à sa surface des mamelons transparents; à sa section on y trouve un petit corps, très dur ayant l'apparence d'un petit corps fibreux et qui présente un noyau crétacé. Il a été nécessaire de faire deux pédicules, l'un portant sur l'adhérence pelvienne de l'ovaire et l'autre sur la partie utérine de la trompe. A droite la tumeur est presque exclusivement formée par l'ovaire scléro-kystique présentant un kyste du volume d'une noisette. Le reste de sa surface est mamelonné, on y voit la cicatrice de quelques corps fibreux. La trompe simplement un peu épaissie et infiltrée présente un pavillon intact. En somme le diagnostic se trouve vérifié en ce sens que l'altération du côté gauche était surtout salpingienne et celle du côté droit ovarique; mais au lieu d'une salpingite parenchymateuse il existait un hydrosalpinx.

OBSERVATION XI.

Péritonite aiguë consécutive à la blennorrhagie; ablation des annexes; guérison.

O... (Irma), 23 ans, entrée le 11 novembre. Première grossesse il y a deux ans. Il y a sept mois, deuxième grossesse; il y a trois mois blennorrhagie. Est soignée par M. Balzer à Lourcine, sort presque guérie, reprend son travail, lorsqu'il y a huit jours ses règles sont brusquement interrompues par un refroidissement. Le soir même elle est prise de frissons répétés violents, de fièvre, de vomissements d'abord alimentaires, puis verdâtres. Le lendemain 11 novembre, son état s'étant aggravé, elle se décide à entrer à Pascal. Lorsque nous la voyons le jour même à la visite du soir, nous sommes frappés de son facies grippé vraiment abdominal. Le 12 au matin, M. Pozzi l'examine et constate une sensibilité généralisée

du ventre sans ballonnement. Les fosses illiaques sont douloureuses d'une façon égale ; la malade n'a pas de fièvre, mais elle a des vomissements incessants ; on ordonne de la glace sur le ventre. Le 13, même état stationnaire, les vomissements n'ont pas diminué ; l'examen par le toucher ne donne pas ou presque pas de renseignements, à cause de l'impossibilité de faire la palpation combinée avec le toucher ; l'opération est décidée.

Examen sous chloroforme. — Col mou, entr'ouvert. Utérus en antéposition, segment inférieur de l'utérus très ramolli. Dans le cul-de-sac latéral à gauche, empâtement mollasse sans tumeur nettement circonscrite. En arrière et à droite, tumeur assez volumineuse, élastique, accolée à la face latérale de l'utérus.

Diagnostic. — Double tumeur salpingienne probablement purulente avec soupçon de rupture à gauche et péri salpingite aiguë.

Opération. — A l'ouverture du ventre, la masse intestinale forme un paquet au devant de l'utérus. Des adhérences produites par des pseudo-membranes existent dans les angles de flexion de l'intestin ; on arrive à dégager les annexes et à les attirer ; on constate que les trompes sont congestionnées, couleur de lie de vin ; leur pavillon n'est pas oblitéré ; les ovaires présentent des petits kystes folliculaires. M. Pozzi hésite quelque temps à enlever les annexes, mais il s'y décide à cause de l'inflammation manifeste des trompes par lesquelles il soupçonne que s'est faite l'infection du péritoine pelvien. Dans le petit bassin et le long du cæcum il n'existe, en effet, aucun foyer inflammatoire ; l'intestin est soigneusement libéré de ses nombreuses adhérences ; on enlève quelques faussesmembranes fibrineuses. Il est facile de constater qu'une anse du gros intestin, gonflée de gaz et incarcérée par les adhérences, donnait la sensation d'un pseudo-kyste sur les côtés de l'utérus même quand elle était palpée directement par l'ouverture abdominale ; on se rend compte, dès lors, de l'erreur d'appréciation commise pendant l'examen clinique. Lavage et drainage du péritoine.

Dès le troisième jour après l'opération cette malade était méconnaissable, sa physionomie grippée avait disparu, plus de vomissements, presque plus de sensibilité du ventre. Le 15 décembre, la malade est guérie ; réunion complète de sa plaie au premier pansement, le neuvième jour.

OBSERVATION XII.

Hydrosalpinx droit ; salpingite parenchymateuse gauche ; ovaires scléro-hystiques ; varicocèle tubo-ovarien double ; ablation des annexes ; guérison.

B..., 23 ans, entrée le 25 novembre, réglée à 13 ans, irrégularité et douleurs dans les menstrues dès le début. Grossesse à 19 ans, la délivrance fut laborieuse. Depuis son accouchement, leucorrhée abondante ; douleurs en urinant surtout il y a un an, les règles alors sont devenues plus douloureuses et s'accompagnaient d'irradiations lombaires qui rendent la marche difficile. La malade se plaint d'avoir surtout des douleurs du côté gauche. En résumé, dysménorrhée depuis les premières règles avec exagération de tous ces phénomènes à la suite d'une infection mixte puerpérale et blennorrhagique. Elle entre dans le service de M. Pozzi où on constate une double tumeur salpingienne. Laparotomie le 4 décembre 1890.

Opération et description des pièces. — Les annexes sont englobées dans des adhérences anciennes. Pendant l'incision du péritoine, la malade respirant mal, une anse intestinale vient se mettre sous le tranchant du bistouri. La tunique musculaire est entourée, M. Pozzi fait un point de suture de Lombert et termine l'opération en libérant laborieusement les annexes des adhérences qui les fixaient.

Les annexes du côté gauche offrent des lésions de salpingite parenchymateuse avec ovaire sclérosé et kystique, un des kystes a le volume d'un gros pois. En liant le pédicule, on constate la présence d'un varicocèle tubo-ovarien très développé. Si bien qu'on crut un moment qu'il y avait une anse intestinale prise dans la ligature. Cette erreur était due à une grosse veine qui simulait une anse intestinale. Celle-ci ayant été perforée par l'aiguille de Deschamps, donne lieu à une hémorrhagie abondante, en même temps qu'on constate la disparition de la prétendue anse. Pour arrêter cette hémorrhagie qui avait lien surtout par la surface de section du pédicule, M. Pozzi fait un surjet au catgut sur le bord supérieur du ligament large sectionné. L'hémorrhagie est ainsi arrêtée.

Les annexes du côté droit présentent du côté de la trompe un hydrosalpinx assez développé à parois très minces ; un ovaire scléro-kystique. Ici encore existe un varicocèle tubo-ovarien, mais il est beaucoup moins développé que du côté gauche.

La ligature du pédicule, faite avec le nœud de Lawson Tait, lâche dans sa partie externe, une hémorrhagie artérielle se produit dans la partie sectionnée du ligament infundibulo-pelvien. Cette accident se produit fréquemment lorsque le ligament infundibulo-pelvien est court. On est obligé, dans ce cas, de lier le ligament large en deux parties, une externe qui comprend le ligament infundibulo-pelvien et ses vaisseaux, l'autre interne qui comprend surtout la trompe. — Rien à signaler dans les suites opératoires qui ont été des plus satisfaisantes.

OBSERVATION XIII.

Salpingite chronique parenchymateuse ; kyste sous-tubaire ; ovaires scléro-kystiques ; ablation des annexes ; guérison.

L... (Berthe), âgée de 30 ans, entrée salle Pascal A, 11 novembre 1890, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 14 ans. A 6 ans, elle eut une fièvre typhoïde, à 10 ans et à 18 ans une bronchite.

Mariée à 26 ans, la malade a eu une première grossesse à 27 ans, au mois de juillet de cette année, elle eut une métrorrhagie abondante qui dura huit jours et s'accompagna de très peu de douleurs.

Examen sous le chloroforme. — M. Pozzi porte le diagnostic de salpingite chronique parenchymateuse avec ovaires scléro-kystiques. Opération le 4 décembre. Une fois l'incision abdominale faite, M. Pozzi constate que sur la face antérieure de l'utérus existe un renflement noueux dû sans doute à un petit corps fibreux intestitiel de la paroi antérieure de l'utérus.

Une rapide exploration lui montre les annexes malades, il va d'abord chercher les annexes gauches prolabées presque entièrement dans le cul-de-sac de Douglas. Les annexes droites sont ensuite enlevées.

Du côté droit existe un kyste transparent, du volume d'un gros œuf, situé dans l'aileron de la trompe, immédiatement accolé d'une part à la trompe, et d'autre part à l'ovaire petit et d'aspect cirrhotique, qui semble une réunion de petits kystes (dégénérescence-scléro-kystique). La trompe de ce côté est intacte, mais rouge et congestionnée. Du côté gauche l'ovaire

est aussi scléro-kystique, et très altéré dans sa structure. La trompe est rouge, mais son pavillon est libre.

En somme, le diagnostic se trouve absolument vérifié, altération kystique des annexes à droite.

Enfin, il faut ajouter au diagnostic la notion du petit corps fibreux de la face antérieure de l'utérus.

En résumé, les annexes supprimées, les douleurs et les métrorrhagies le sont également.

Suites opératoires excellentes, guérison par première intention.

OBSERVATION XIV.

Oophoro-salpingite chronique; trompe parenchymateuse; ovaires scléro-kystiques; ablation des annexes; guérison.

Fr... (Virginie), 28 ans. Entrée le 28 octobre 1890, Pascal A, lit n° 8.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Antécédents personnels et génitaux. Enfance maladive. Réglée à 14 ans avec un retard de quatre à cinq jours chaque fois. 4 grossesses de 19 à 25 ans. La première et la deuxième grossesse virent apparaître des douleurs qui ont toujours persisté depuis. Ces douleurs siégeaient dans le bas-ventre et étaient accompagnées de météorisme très prononcé.

Depuis avril 1889, les douleurs sont beaucoup plus intenses, elles ont obligé la malade à entrer dans le service de M. Siredey.

C'est surtout pendant la période menstruelle que les phénomènes douloureux sont accusés. En outre, la malade accuse des pertes blanches, très abondantes pendant la semaine qui suit les règles. Ces pertes sont apparues, il y a un ou deux ans, par conséquent après la dernière grossesse. Elles ont été très abondantes au début de leur apparition, et elles étaient jaunâtres à ce moment.

Depuis le mois d'avril 1889, tous les phénomènes pathologiques se sont accentués et depuis trois mois, ils ont pris un tel caractère d'acuité que la malade entre à Pascal, décidée à l'opération qui doit la guérir quelle qu'elle soit.

A son entrée, on constate un facies douloureux sinon grippé. La palpation abdominale pratiquée au lit de la malade sans la combiner avec le toucher est très douloureuse.

Examen le 1er novembre.— On constate que le col de l'utérus est petit, dur, scléreux. Le corps est en rétroposition. Les annexes sont douloureuses et offrent les caractères de l'oophoro salpingite chronique non suppurée et non kystique.

Le 20 novembre, examen sous le chloroforme. A gauche, on trouve une petite masse dure, grosse comme un œuf d'oie, très adhérente au pelvis, formée probablement par un gros ovaire scléro-kystique et une trompe parenchymateuse, le tout fusionné. A droite, mêmes lésions moins volumineuses et plus adhérentes.

L'opération est pratiquée le jour même aussitôt après cet examen. Rien à signaler pendant la durée de la salpingotomie, trente minutes. Les annexes sont cependant très difficiles à enlever, la décortication détermine une hémorrhagie assez forte arrêtée avec des compresses.

Examen des pièces. A gauche ovaire scléro-kystique, trompe parenchymateuse intimement unis l'un à l'autre. L'ovaire scléreux contient plusieurs kystes, l'un séreux du volume d'un pois, l'autre hématique gros comme une noisette. Le pavillon de la trompe a disparu et la lumière a disparu, remplie qu'elle est d'une sorte de pulpe due aux replis foliacés et épaissis de la muqueuse.

A droite mêmes lésions, mais la trompe est plus épaisse, son pavillon existe à l'état de vestige et forme un petit moignon ayant l'apparence d'un bouton de marguerite.

A la coupe la trompe est épaissie et présente une muqueuse avec des replis exubérants. En un point la trompe a été comme sectionnés et forme un îlot que circonscrivent des adhérences résistantes.

L'ovaire droit est très adhérent à la trompe et parsemé de petits kystes séreux au milieu desquels un gros corps jaune.

OBSERVATION XV.

Oophoro salpingite chronique; trompes parenchymateuses; résumé; ovaires scléro-kystiques.

Br... (Jeanne), 27 ans, entrée le 10 janvier 1891, Pascal (A), opérée le 26 janvier (cette malade a toujours été bien réglée jusqu'à son mariage il y a trois ans). Grossesse à 25 ans, suites normales toutefois depuis le premier mois de son mariage pertes blanches abondantes, sensation d'ardeur en urinant. Ces phénomènes ont augmenté depuis cinq mois, les règles sont devenues atrocement douloureuses, la marche est rendue difficile et c'est surtout parce que depuis cinq semaines il y a eu comme une recrudescence dans tous ces troubles que la malade s'est décidée à entrer à Pascal.

L'opération est décidée après un examen qui donne les résultats suivants : Oophoro-salpingite chronique des deux côtés. Ovaires scléro-kystiques. Opération faite le 26 janvier; rien à signaler sinon un suintement abondant qui oblige M. Pozzi à faire un drainage avec une mèche. Suites excellentes, réunion par première intention. Sortie le 24 février. L'examen des pièces confirme entièrement le diagnostic.

OBSERVATION XVI.

Salpingite chronique parenchymateuse. Rétroflexion très adhérente, ablation des annexes. Libération des adhérences. Gastro-hystéropexie; guérison.

Marie Ch., 34 ans, entrée le 5 octobre 1890 à Pascal, lit n° 18. Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, a toujours souffert et à toujours eu des pertes blanches. Les douleurs ont augmenté beaucoup à l'âge de 20 ans, c'est-à-dire après sa première grossesse et son premier accouchement qui a eu lieu, la malade ayant 19 ans. Ces douleurs ont été si fortes qu'elles ont forcé la malade à garder le lit pendant trois mois.

Dix-huit mois après cet accouchement, première fausse couche de cinq mois après une chute.

Retour des règles trois mois après. Accouchement à 28 ans, il y a six ans. Les douleurs disparaissent un peu, mais les pertes blanches n'ont jamais cessé. Deuxième fausse couche il y a un an après une chute de voiture. Depuis ce temps les douleurs ont augmenté au point qu'il y a deux mois la malade a été obligée de s'aliter pendant trois semaines. Entrée à Saint-Antoine où on l'envoie à Pascal. Examen sous chloroforme par M. Pozzi. On constate que l'utérus est en rétroflexion très adhérente. En outre des deux côtés et spécialement à gauche on trouve une tumeur du volume d'un gros œuf dépendant manifestement des annexes très adhérentes.

Diagnostic. — Double oophoro-salpingite chronique adhérente provoquant et entretenant la réflexion. M. Pozzi propose une

opération ayant pour but non seulement d'enlever les annexes malades mais aussi de redresser l'utérus.

L'opération est pratiquée le 8 novembre 1890.

A l'ouverture de l'abdomen on constate, en introduisant la main dans le ventre, que l'utérus est complètement replié en arrière.

Les intestins gênent considérablement la recherche des annexes (de plus la malade respire mal.)

On parvient cependant à détacher les annexes du côté gauche, à les lier et à les enlever.

Pour faire la même opération du côté droit on est obligé de mettre la malade dans la position déclive de Trendelenburg, en faisant soulever chacune de ses jambes fléchie sur l'épaule d'un aide.

Tout au début de l'opération, M. Pozzi a réduit la rétroflexion en ramenant l'utérus en avant; le cœur était maintenu dans le cul-de-sac de Douglas et sondé au niveau de l'angle de flexion par des adhérences résistantes.

La ligature du pédicule droit est très difficile à cause de sa brièveté et de sa largeur. Un premier nœud de L. Tait lâche doit être remplacé par deux ligatures isolées placées au-dessous.

Pendant la suture de la paroi abdominale on a soin de comprendre dans la suture du péritoine et du feuillet aponévrolique à la partie inférieure de la plaie:

1° Le fond de l'utérus dont la couche superficielle est transpercée par le surjet de catgut en deux points.

2° Le pédicule des annexes du côté droit.

L'anté position est ainsi très solidement assurée.

L'examen des pièces permet de vérifier le diagnostic. A gauche la trompe est parenchymateuse mais moins volumineuse qu'à droite, en la pressant entre les doigts on constate qu'elle est épaissie et que ses parois sont lardacées. A la coupe la lumière est presque oblitérée. L'ovaire est volumineux et parsemé de petits kystes. A droite, trompe du volume de l'index ayant lâché sous la ligature parce que le tissu dont elle est formée est coupé par la soie. Même apparence lardacée qu'à gauche. L'ovaire est plus petit et scléro-kystique.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie six semaines plus tard.

L'utérus est parfaitement fixé à la paroi abdominale.

OBSERVATION XVII.

Ophoro-salpingite probablement bacillaire; granulations miliaires sur le péritoine pelvien et l'épiploon. Ascite. Ablation des annexes; lavage; drainage; Guérison.

M. (Marie), 22 ans, entrée le 9 août 1890, salle Pascal A, lit n° 22. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels, méningite à 4 ans (??). Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans l'a toujours été assez bien depuis; toutefois elle accuse une leucorrhée assez abondante depuis longtemps et même avant son mariage qui a eu lieu il y a trois ans. Treize mois après son mariage premier enfant à terme. Au cinquième mois de cette grossesse, poussée fébrile; la malade a eu à ce moment d'assez vives douleurs dans le ventre, du délire et de la fièvre. Les suites de couches furent normales ainsi que l'accouchement. Toutefois, depuis, les pertes blanches sont devenues très abondantes et les règles très douloureuses. Le 30 juin 1890, fausse couche de deux mois et demi, le 25 juillet, il y a quinze jours, poussée douloureuse dans le ventre, dans les reins. En même temps les rapports conjugaux devinrent très douloureux, les phénomènes augmentèrent et le 9 août, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le premier examen fait par M. Pozzi fut pratiqué le 15 août 1890. Il trouve un col gros, ulcéré, velouté, lèvre postérieure dure.

L'utérus est légèrement abaissé en anti-courbures. En outre dans le cul-de-sac postérieur, en déprimant très fortement, on sent une tumeur en forme de véritable boudin sensible à la pression, à droite surtout.

A gauche, petite tumeur oblongue sur le cou et en arrière de l'utérus. Ces tumeurs ne sont guère nettement perceptibles qu'en déprimant fortement les deux culs-de-sac. La douleur surtout à droite est provoquée par cette exploration. M. Pozzi porte le diagnostic de métrite cervicale avec double salpingite chronique et parenchymateuse, surtout à droite.

Le 5 septembre, un nouvel examen est pratiqué, il confirme le précédent, mais les deux ovaires semblent prolabés dans le cul-de-sac et scléro-kystiques.

L'opération le 8 septembre est pratiquée.

A l'ouverture du ventre il s'écoule environ un demi-litre de sérosité trouble. On remarque que les parois abdominales sont vasculaires et que le péritoine pariétal rouge est épaissi; l'épiploon rouge et vasculaire présente un certain nombre de granulations miliaires. De même que les annexes intestinales, on a sous les yeux l'aspect de la granulie péritonéale.

Les annexes du côté gauche sont enlevées facilement. Celles du côté droit le sont après une décortication assez laborieuse; on les amène au jour en les retirant du cul-de-sac de Douglas. On trouve des deux côtés des lésions analogues mais plus prononcées à droite.

Les trompes très épaissies, contournées sur elles-mêmes, présentent par place des épaississements et dans toute leur étendue offrent la rigidité du canal déférent. Leur calibre varie entre celui d'un gros crayon et celui du petit doigt. Le pavillon n'a pas disparu. Elles sont d'une couleur violacée avec points blanchâtres, au niveau des endroits les plus épaissis.

Les ovaires scléro-kystiques sont parsemés de petits kystes folliculaires. A droite, existe un petit kyste du corps jaune du volume d'un gros pois. A la surface de la séreuse des trompes et de la partie de l'aileron qui a été enlevée, granulations miliaires.

A la coupe, parois tubaires très épaissies, aspect lardacé; sur certains point l'aspect est jaunâtre; elles ne contiennent pas de pus mais de la sérosité blanche en très petite quantité.

En somme, le diagnostic se trouve vérifié et en plus il est augmenté de la notion de la nature, qui est très vraisemblablement tuberculeuse.

Lavage de péritoine. Drainage avec une bandelette de gaze iodoformée sortant par l'incision abdominale. Vu le peu d'étendue des granulations, pas d'ablation d'épiploon.

La malade sort guérie le 3 octobre 1890.

Elle a écrit en novembre 1890 qu'elle se portait très bien.

DES INDICATIONS A L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS LES TROUBLES OBSERVÉS PENDANT LES PHASES RÉGRESSIVES DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (1),

Par le professeur DMITRI DE OTT,
de Saint-Pétersbourg.

Messieurs,

Au nombre des questions mises à l'ordre du jour par le programme de ce Congrès, la question de la grossesse extra-utérine attire tout spécialement l'attention de tous les gynécologues, car elle a pris dans ces derniers temps un développement considérable. Grâce aux travaux des savants de tous les pays, elle s'est enrichie de nombreuses méthodes pratiques qui nous permettent de sauver la vie à des malades qui, tout récemment encore, auraient été condamnées à une mort certaine.

Il est tout naturel que l'attention des médecins se soit tout d'abord portée sur les cas présentant les symptômes menaçants que l'on observe généralement pendant la période progressive de la grossesse, ainsi que dans sa période d'arrêt, suivie parfois d'hémorrhagies foudroyantes.

Je ne crois pas me tromper en recommandant, dans ces cas, la gastrotomie comme étant la mesure la plus rationnelle ; et ce, d'autant plus que la plupart des gynécologues considérent aussi ces cas comme une indication absolue à l'intervention opératoire.

Mais nous ne sommes pas encore suffisamment fixés sur la manière d'agir dans les cas d'arrêt de l'évolution de la grossesse ectopique, où, dès les premiers jours de cet arrêt et jusqu'à l'apparition de diverses tumeurs sanguines (hématome péri et hématocèle rétro-utérine) nous nous trouvons en présence de conditions variant à l'infini et se manifestant souvent par des maladies très diverses.

C'est précisément sur le mode de traitement de la grossesse ectopique, pour ainsi dire « chronique », traînant en longueur, que je me permets, Messieurs, d'attirer votre bienveillante attention.

Quand on se propose de déterminer une indication scientifique à une intervention thérapeutique quelconque, il faut, avant tout, préciser la nature de l'état morbide et élucider son côté anatomique. Sous ce rapport, dans la grossesse ectopique, malgré la diversité infinie des formes morbides, leur caractère essentiel présente toujours une analogie très marquée ; ce qui facilite considérablement l'appréciation de chaque cas et permet de fixer les bases du traitement.

Les modifications anatomiques dépendant, principalement, des modifications propres à la grossesse en général, tous les symptômes consécutifs à la grossesse ectopique peuvent être divisés :

1° En phénomènes provenant des modifications qui ont lieu dans la poche fœtale même et dans son contenu et

2° En phénomènes dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel et particulièrement dans l'utérus.

On peut aussi parfaitement démontrer l'analogie de cette grossesse avec la grossesse normale : la grossesse tubaire, qui est le cas le plus fréquent de la grossesse extra-utérine, peut être considérée comme une grossesse qui ne diffère de la grossesse normale qu'en ce qu'elle se développe dans la partie périphérique du canal génital, et précisément dans la partie qui reste double après le développement embryonnaire.

Nous étudierons maintenant les symptômes des deux catégories que nous avons mentionnées ci-dessus. Nous excluons les cas où la grossesse s'arrête dans sa toute première période, alors que l'œuf, constitué plutôt de parties liquides que de parties solides, est résorbé dans un terme relativement court, sans conséquences morbides.

A. Les symptômes qui dépendent des modifications pathologiques consécutives à l'arrêt de la grossesse extra-utérine sont les suivants :

1° Les reprises d'hémorrhagies internes qui exposent la vie de la malade à un danger sérieux ;

2° Les symptômes qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans la cavité abdominale et se manifestant par des troubles dans les fonctions des organes voisins, par des douleurs et par des troubles généraux dans la nutrition. Parfois, la rétention de l'œuf a pour suite l'impossibilité de couches normales, ainsi que l'a décrit Schaut et ainsi que j'ai pu l'observer moi-même ;

3° Les lésions inflammatoires de toute espèce dans le péritoine et dans le tissu cellulaire, provoquées par la présence d'un corps étranger. Dans ces cas, on observe assez fréquemment une péritonite mortelle ;

4° Le passage de la tumeur à la suppuration ou à la gangrène, avec toutes les conséquences de cet état de choses : perforation de la tumeur, évacuation de son contenu dans les organes voisins, évacuation qui peut déterminer la mort ;

Les phénomènes que nous venons d'énumérer sont plus ou moins bien étudiés et leur valeur scientifique a été déterminée avec assez de précision.

Mais les phénomènes de la seconde catégorie le sont bien moins. Ce sont :

B. Les symptômes qui sont dus à des modifications consécutives dans les autres parties de l'appareil sexuel, et particulièrement dans l'utérus, qui subit, dans la grossesse tubaire, des modifications profondes.

Ces modifications, sur lesquelles je tiens surtout, Messieurs, à attirer votre attention, sont analogues à celles que l'on observe dans la grossesse intra-utérine.

Quoique la cavité utérine ne contienne pas d'œuf, sa muqueuse se transforme néanmoins en caduque, il y a hypertrophie et hyperplasie des éléments musculaires de la paroi utérine, le sang y afflue plus énergiquement.

L'arrêt du développement de la grossesse extra-utérine se manifeste également par des phénomènes analogues à ceux de l'avortement intra-utérin incomplet ; tous les phénomènes d'évolution inverse s'arrêtent, l'utérus conserve longtemps un volume considérable ; sous l'influence de la subinvolution, l'hyperhémie est maintenue, la caduque est éliminée, ou, ce qui est probablement plus fréquent, elle s'atrophie graduellement sans se détacher.

Ainsi donc, le point important réside dans les symptômes dus à la rétention, dans l'appareil sexuel, de l'œuf avorté ; dans ces cas l'hémorrhagie, qui dure souvent des mois entiers, présente certainement le symptôme le plus caractéristique.

(1) Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, Bruxelles, 1892.

L'hémorrhagie, dans l'avortement tubaire, est surtout dangereuse lorsqu'elle est due non seulement à des modifications dépendant de l'état de grossesse même, mais lorsqu'elle est en outre compliquée par un trouble de la circulation, trouble causé généralement par un déplacement fortement prononcé de l'utérus, qui est pour ainsi dire refoulé par le réceptacle de l'œuf, placé, le plus souvent, en arrière de l'utérus.

Aux époques de l'hyperhémie menstruelle, le tableau de la maladie s'accuse de plus en plus et la malade épuisée est sujette à une reprise d'hémorrhagie. (Ces hémorrhagies peuvent durer six mois et même plus.)

Le pronostic que l'on peut en tirer est d'autant plus grave que le traitement appliqué dans ces cas, y compris même le raclage, n'est que symptomatique et ne saurait satisfaire à l'indication de la cause première.

Ainsi donc, l'avortement extra-utérin ne présente pas beaucoup moins de danger, comparativement à l'avortement intra-utérin, que la grossesse extra-utérine n'en présente par rapport à la grossesse normale.

Prenant en considération tout ce qui vient d'être exposé sur les symptômes morbides, il est évident que l'arrêt de la grossesse extra-utérine ne saurait encore écarter le danger qui menace la vie de la malade.

Il est vrai qu'elle ne court plus le risque d'être emportée par une hémorrhagie interne foudroyante ; mais, par contre l'arrêt même de la grossesse peut provoquer les éventualités dont nous avons parlé précédemment, et chacun de ces accidents suffit, à lui seul, pour tuer la malade.

Si nous considérons ce que je viens d'exposer, on peut se demander si nous avons le droit de nous en tenir à la méthode expectative, la plus suivie jusqu'à présent. Est-il raisonnable d'attendre que les symptômes prennent un caractère menaçant et nous forcent à une intervention immédiate, qui, certainement, dans ces conditions, est toujours liée à un pronostic fâcheux? Je n'hésite pas à le déclarer : en principe, cette manière d'agir n'est pas logique. Prenant pour base ce que je connais des cas traités par mes confrères, ainsi que mon expérience personnelle (acquise, entre autres, par vingt cas de gastrotomie extra-utérine), je dois déclarer en toute conviction que se reposer généralement sur la maxime *vix medicatrix naturæ* serait se refuser sciemment à un acte logique et aux avantages que la science moderne a mis en notre pouvoir. Quant au principe qui doit nous guider, dans ces cas, il est déterminé par l'énoncé même de la question. Le traitement doit toujours être dirigé de manière à répondre à l'indication de la cause première, c'est-à-dire à éloigner l'œuf mort. Quant à la prophylaxie, il nous faut abandonner l'emploi de mesures telles que : injections de morphine, application de l'électricité; car ces mesures ont seulement pour effet d'arrêter la grossesse extra-utérine, mais non d'éloigner tout le réceptacle de l'œuf. Ces moyens ne mènent pas toujours au but désiré et, même en cas de succès, ils ne garantissent nullement la malade des accidents consécutifs.

Le seul moyen rationnel, c'est d'éloigner entièrement l'œuf et toutes les parties avoisinantes altérées. Ce mode d'action est tout indiqué chaque fois que nous sommes sûrs : dans la première période de la grossesse, que l'œuf mort n'a pas de tendance prononcée à se résorber et, dans la seconde période, que la grossesse est arrivée au point où nous pouvons compter sur l'oblitération des vaisseaux sanguins du placenta.

Je ne saurais assez appuyer sur la gravité des indications pour la grossesse extra-utérine arrêtée dans les premiers mois de son évolution, alors qu'on se borne généralement à espérer une résorption spontanée de l'œuf, espoir qui est loin de se réaliser toujours. Dans ces cas, tout retard apporté à l'intervention opératoire ne peut que compromettre la vie de la malade.

Maintenant que nous avons posé les bases de l'indication à l'intervention active, il nous reste encore à dire quelques mots sur le procédé opératoire qui nous paraît le plus rationnel.

Dans le terme rapproché de l'arrêt de la grossesse extra-utérine, la gastrotomie ne saurait être contestée en tant que meilleur procédé d'opération. Ce n'est que par la gastrotomie (surtout en plaçant la malade sur un plan incliné) qu'on peut exactement apprécier *de visu* les modifications morbides et enlever les parties altérées.

Les avantages de la gastrotomie sont, à mon avis, si grands, que je pratique cette opération, même dans des cas invétérés, alors que la grossesse extra-utérine se présente sous forme d'une tumeur sanguine; et je ne fais la section du vagin que dans un nombre assez restreint de cas : quand la tumeur suppure ou lorsqu'elle a pris un caractère gangreneux. Il arrive souvent qu'on prend pour un hématome ou pour une hématocèle la trompe fortement distendue par un épanchement de sang et adhérente au petit bassin. Il est clair que, dans ces cas, la gastrotomie peut seul permettre à l'opérateur un examen plus complet des organes altérés qui sont à éloigner.

Les adhérences que l'on observe sont ordinairement si peu solides et se détachent si facilement que la trompe fortement distendue est pour ainsi dire énucléée de la cavité de Douglas; ce qui, parfois, facilite considérablement la gastrotomie. Il est évident qu'on peut ramener la mortalité au minimum, en opérant au début de la maladie, c'est-à-dire quand les conditions sont le plus favorables.

Je ne puis pas encore déterminer exactement la proportion qui existe entre les résultats favorables et les insuccès; mais on peut affirmer hautement les avantages de l'intervention opératoire dès le début de la maladie; et ce, d'autant plus que nous savons que les résultats obtenus actuellement par le traitement opératoire de l'hématocèle ne le cèdent en rien aux résultats que donne la méthode expectative.

Si nous nous rappelons encore les indications défavorables qui, dans la méthode expectative, nous forcent à l'incision des tumeurs sanguines, l'avantage de l'intervention opératoire dès le début de la maladie n'en devient que plus évident.

Si, en outre, on prend aussi en considération la durée moins longue de la maladie, le rétablissement plus complet qui suit la gastrotomie et, enfin, la possibilité d'écarter les éventualités dangereuses qui, quoique ne tuant pas immédiatement l'organisme, l'ébranlent néanmoins profondément, nous devons alors reconnaître que l'intervention opératoire dès le début de la maladie est certainement la méthode la plus rationnelle.

C'est à vous, Messieurs, ainsi qu'à l'avenir, qu'il appartient de contrôler la justesse de ma manière d'envisager

l'indication à l'intervention opératoire dans les troubles observés pendant les phases régressives de la grossesse extra-utérine.

Werth était dans le vrai quand il a comparé l'évolution de la grossesse extra-utérine à une tumeur maligne. Pour ma part, je me permettrai d'ajouter que la guérison radicale, tant des suites d'une grossesse extra-utérine que d'une tumeur maligne, devient d'autant plus difficile que la maladie est plus invétérée.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE. CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE DU CHOLÉRA.

I. SUR L'EFFICACITÉ ANTI-TOXIQUE DU SÉRUM SANGUIN DES SUJETS GUÉRIS DU CHOLÉRA, par le Dr A. LAZARUS. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 43, p. 1071 et n° 44, p. 1110.)

I. — Un certain nombre de cas de choléra asiatique, admis en traitement à l'hôpital Moabit, de Berlin, dans le courant des dernières semaines, et terminés par la guérison, ont été, pour M. Lazarus, l'occasion des recherches intéressantes dont nous allons rendre compte.

On sait depuis bon nombre d'années que ceux qui relèvent d'une attaque de choléra sont en possession d'une immunité, plus ou moins durable, contre cette maladie. Pareille immunité, c'est là une notion aujourd'hui banale, s'observe à la suite d'autres maladies réputées infectieuses, notamment à la suite de la pneumonie, à la suite de la fièvre typhoïde. Or, les recherches de G. et F. Klemperer et celles de Stern nous ont appris que le sang des malades qui relèvent d'une de ces deux maladies renferme des substances vaccinales que ne contient pas le sang humain dans les circonstances ordinaires, ou qu'il ne contient qu'en proportions beaucoup plus faibles. M. Lazarus s'est précisément imposé pour tâche de rechercher s'il en était de même chez les sujets de notre espèce, qui relèvent d'une attaque de choléra. Ses expériences ont été conduites de la façon suivante :

Preuve étant faite, par le moyen de la culture des déjections, que les sujets qui devaient fournir le sérum sanguin étaient réellement atteints du choléra asiatique, on attendait que la guérison fût achevée. On soustrayait alors à un même sujet, environ 50 cc. de sang, qu'on lui tirait de la veine médiane du bras, avec toutes les précautions antiseptiques exigibles. Le sang était recueilli dans un récipient aseptique entouré de glace. Une fois le sérum exprimé, on le conservait dans un autre récipient également aseptique et entouré de glace, pour l'injecter, au moment voulu, dans la cavité péritonéale d'un lapin ou d'un cobaye. En thèse générale, cette injection ne développait aucune réaction consécutive, chez l'animal en expérience. Quand la dose de sérum injectée était inférieure à 0,1 cc., on la diluait préalablement dans une certaine quantité d'une solution de chlorure de sodium à 23 p. 100.

On inoculait ensuite à l'animal en expérience une culture cholérigène obtenue en ensemençant des déjections fraîches provenant d'un cas de choléra foudroyant. On avait constaté préalablement que chez un cobaye du poids d'environ 400 gr., l'inoculation d'un centimètre cube d'une des cultures employées déterminait à coup sûr la mort en l'espace de quarante-huit heures (l'animal ayant été mis préalablement en état de réceptivité morbide, par la neutralisation du contenu de son estomac et l'administration de l'opium).

Ajoutons qu'incidemment l'auteur a indiqué certaines précautions à prendre pour être certain que la matière injectée pénètre bien dans la cavité péritonéale, et non dans l'intestin, ce qui a son importance eu égard aux suites de l'inoculation.

M. Lazarus rappelle ensuite les expériences de Klemperer (voir *Gazette médicale*, 1892, n° 40, p. 10), démontrant que le sérum sanguin d'un sujet qui ne relève pas d'une attaque confère une certaine immunité contre l'intoxication cholérique, immunité beaucoup moindre que celle que développe l'inoculation du sérum sanguin provenant d'un sujet convalescent du choléra. C'est ce qu'a pu vérifier M. Lazarus. Les expériences de l'auteur démontrent que le sérum sanguin provenant d'un sujet qui réalise cette dernière condition confère aux cobayes une immunité tout à fait extraordinaire contre l'intoxication cholérique. La dose minima de sérum, nécessaire pour conférer l'immunité, a été trouvée égale à 1 décimilligramme. A dose plus élevée, le sérum sanguin non seulement préserve de la mort les animaux inoculés ultérieurement avec une culture cholérigène, mais en outre prévient toute manifestation morbide.

M. Lazarus a recherché ensuite si l'inoculation d'un sérum sanguin, obtenu dans les conditions susdites, manifestait une certaine action thérapeutique, quand on l'injecte à un animal qui présente déjà les manifestations d'une intoxication cholérique. Même quand il était injecté à doses 100.000 et 200.000 fois plus fortes que celle qui est suffisante pour prévenir le choléra inoculé ultérieurement, le sérum sanguin n'arrachait point à la mort les animaux déjà inoculés, et chez lesquels le thermomètre accusait déjà un abaissement de la température corporelle. Par contre, un cobaye auquel on a injecté le sérum sanguin après l'inoculation de la culture cholérique, mais avant l'apparition des premiers symptômes de l'intoxication cholérique, a échappé aux suites mortelles de celle-ci.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE DE GYNÉCOLOGIE, par le Dr A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris. — Paris, O. DOIN.

Nous sommes bien en retard avec l'excellent ouvrage de M. Auvard ; ceci nous permet, non plus de prédire, mais de constater le succès mérité qu'il a, et d'y applaudir.

Dans son introduction, M. Auvard trace rapidement l'historique de l'évolution de la gynécologie. Suivant lui elle présente trois phases principales : d'abord médicale, la gynécologie entre ensuite, au fur et à mesure des progrès de l'antisepsie, dans le domaine de la chirurgie, qui a la prétention de l'absorber tout entière. M. Auvard proteste contre cette prétention au nom de l'obstétrique et prévoit l'évolution prochaine de la troisième phase, la phase obstétricale. « L'obstétrique est, en effet, dit-il, à la gynécologie ce que la physiologie est à la médecine », et, comme conclusion, notre confrère ajoute que, pour faire un gynécologue complet, les études médicales devraient être divisées en trois phases : 1° études médicales générales ; 2° études obstétricales ; 3° études gynécologiques.

On ne saurait, avec plus de compétence que M. Auvard, défendre les droits de l'obstétrique dans le domaine de la

gynécologie; mais ceux que peuvent faire valoir la médecine d'nn côté, et de l'antre la chirurgie ne sont ni moins bien fondés ni moins respectables. S'il est un terrain sur leqnel il soit non seulement permis, mais nécessaire de faire de l'éclectisme ou de la conciliation, c'est bien celui de la gynécologie; là médecins, chirurgiens, obstétriciens, doivent se rencontrer, non ponr se combattre, mais pour se prêter mntuellement la main, car, isolés, ils sont souvent aussi impuissants les uns que les autres.

Nous ne saurions, dans un simple aperçn, donner l'analyse d'un ouvrage de près de 800 pages grand in-8°; nous devons nous borner à en faire connaître le plan général en même temps que l'esprit qui paraît avoir dirigé l'anteur et le but qu'il s'est proposé d'atteindre.

Après les deux premiers chapitres consacrés à la pathologie et à la thérapeutique générales, M. Auvard entre de plein pied dans son sujet par l'étude des malformations génitales, les unes congénitales (bifidités, imperforations, hermaphrodisme, etc), les autres acqnises (fistules). Dans le chapitre suivant, il passe en revue les maladies de la vnlve et du vagin (inflammations, éruptions et ulcérations, tumeurs, tranmatismes, parasites, névroses).

Sous la rubrique *Génitalite* l'auteur embrasse, dans un même chapitre, l'inflammation des organes génitaux, sauf celle de la vulve et dn vagin qu'il a étudiée dans le chapitre précédent. Il cherche à apporter un pen de clarté dans les différentes dénominations sous lesqnelles on désigne les phlegmasies de l'utérus, des annexes et des tissus avoisinants. Tout organe génital, dit-il, sauf l'ovaire, a une surface muqueuse — *endo*, une paroi musculaire — *méso* ou *myo*, des tissus avoisinant ou enveloppant—*péri*. En plaçant en regard de chaque partie constituante la désinence qui en spécifie l'inflammation, on a, par exemple, pour l'utérus :

L'inflammation de la muqueuse, *endométrite*.
— de la paroi, *méso* ou *myométrite*.
— périphérique, *périmétrite*.

Chacune de ces dénominations a de nombreux synonymes; ainsi, pour l'*endométrite*, métrite muqueuse, métrite interne, métrite catarrhale; pour la *myométrite*, métrite parenchymateuse, métrite interstitielle; pour la *périmétrite*, paramétrite, inflammation circumutérine, pnlegmon des ligaments larges, pelvi-péritonite, cellulite pelvienne, adéno-phlegmon, lymphophlegmon. Tons ces termes, fait-il remarquer avec raison, engendrent la confusion la plus grande. Pour lui, ils se rapportent en définitive à denx affections distinctes : 1° l'inflammation du péritoine, pelvi-péritonite, *périmétrite*; 2° l'inflammation du tissu cellnlaire pelvien, pelvi-cellulite, *paramétrite*.

Nous nons sommes arrêté un peu à cette terminologie pour montrer l'esprit de précision qui a guidé M. Auvard. Nouspensons, comme lui, que le langage scientifique ne comporte que des définitions d'une absolue netteté.

Pour notre confrère, comme pour tous les gynécologues de nos jours, l'endométrite est la clef de voûte des phlegmasies génitales. « Qu'nn microbe pathogène, dit-il, soit inoculé à la surface muqueuse de l'utérus, le plus souvent à l'entrée de la cavité cervicale, et on va assister au développement de l'endométrite, qui, plus tard, aboutira à la métrite. L'inflammation, d'abord limitée à la surface de la muqueuse, va pénétrer dans les glandes, qui deviennent autant de repaires microbiens, et, de là, se propager au stroma de la muqueuse. De la muqueuse elle s'étendra ultérieurement par la voie lymphatique an muscle ntérin; en ce moment, l'endométrite se complique de myométrite. » Plns tard, l'inflammation gagne la trompe par la voie mnqueuse, l'ovaire et le tissu cellnlaire pelvien par la voie lymphatique, le péritoine par la voie lymphatique ou la voie tubaire.

Cette simplicité dans l'évolution du processus morbide n'exclut pas la multiplicité des formes que peuvent présenter les phlegmasies génitales. C'est ainsi qne M. Anvard reconnaît étiologiquement huit classes de métrite : 1° métrite puerpérale; 2° métrite blennorrhagiqne; 3° métrite accidentelle; 4° métrite tuberculeuse; 5° métrite secondaire; 6° métrite crépusculaire; 7° métrite diathésique; 8° congestion ntérine. Nous nous bornons à citer.

Pour M. Auvard, le traitement de choix de la métrite est le traitement chirurgical. Il réserve le traitement médical pour les cas légers et pour les femmes qui se refusent à tonte intervention opératoire. Par contre, dans le traitement de la salpingo-ovarite non kystique, il n'admet la salpingo-ovariotomie que dans des cas exceptionnels, alors que les moyens médicaux ont échoué et que les douleurs rendent la vie de la malade absolument intolérable.

Nous ne pouvons que mentionner les chapitres consacrés aux déviations utérines; à l'inversion, à laquelle l'auteur, comme accoucheur, a fait une assez large part; aux hémorrhagies péri-utérines (hématocèle, grossesse extra-ntérine, hémorrhagies intra-péritonéales); aux tumeurs génitales. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce dernier chapitre.

Les rapports des organes génitaux avec ceux qui les entonrent ou que renferme l'abdomen sont tels que la gynécologie ne peut se désintéresser des affections dont ces derniers organes sont le siège. Aussi M. Anvard étudie-t-il, dans autant de chapitres, les maladies des voies urinaires, celles du rectnm et du bassin, enfin un groupe d'abdominopathies qu'il qualifie de simili-génitales, et qu'il divise en trois classes : les névralgies, la dyspepsie, les tumeurs. Disons en passant que, parmi les formes de dyspepsie si fréquentes chez les femmes atteintes d'affections génitales, M. Auvard ne manque pas de signaler la dyspepsie mécanique avec ses diverses splanchnoatoses, qu'on rencontre souvent depuis que l'attention des praticiens, en particulier des gynécologues, est appelée sur ce point.

Nous trouvons ici un chapitre qu'on rencontre plus généralement en tête des ouvrages de gynécologie, et qui comprend l'étude de la menstruation à l'état normal et pathologique. L'antenr donne à cette étude le nom d'emménologie. Le chapitre snivant est consacré à la stérilité.

Dans un dernier chapitre, ayant pour titre : *Diagnostic des génitopathies*, et qui est comme le résumé ou la synthèse de l'ouvrage, l'auteur prend chaque symptôme en particulier et en fait l'étude séméiologique en remontant des symptômes à la maladie. Inutile de faire ressortir l'intérêt de ce chapitre.

Le traité de M. Anvard est essentiellement pratique. L'auteur ne s'est pas arrêté à des recherches d'érndition, à des discussions de questions de priorité, de méthodes, de procédés; sobre de développements, il s'est attaché avant tout à être clair, et il a réussi. A appui de chacune de ses descriptions, il a semé à profusion dans le texte des figures et des schémas : l'onvrage n'en contient pas moins de 525, sans compte 12 planches en couleur hors texte. Ce livre est ainsi appelé à rendre les plus grandes services,

et il a sa place marquée dans toute bibliothèque gynécologique à côté de traités qui peuvent être d'une plus large envergure scientifique, mais ne sauraient offrir plus d'intérêt.

Dr F. DE RANSE.

BULLETIN

La presse médicale a déjà fait connaître à plusieurs reprises les effets remarquables des injections sous-cutanées de suc testiculaire, méthode thérapeutique dont la priorité revient tout entière à notre éminent physiologiste, M. Brown-Séquard. Une récente communication remet à l'ordre du jour ce sujet, objet de discussions sans trêve, et lui imprime une actualité qui ne le cède à celle d'aucune des questions auxquelles s'attache présentement la faveur des médecins.

C'est encore de l'ataxie locomotrice qu'il s'agit cette fois, et l'observation que M. le Dr Depoux vient de lire devant la Société de biologie semble tout à fait confirmative des résultats annoncés antérieurement. Le malade qui en a fourni le sujet présentait au grand complet les symptômes des tabes, y compris l'incoordination des membres inférieurs. A la suite de l'impuissance bien constatée des médications classiques, ce malade fut soumis à la pratique des injections de suc testiculaire préparé d'après les procédés de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. Les injections pratiquées, à peu près quotidiennement, pendant près de trois mois, ont eu pour résultat, d'après M. Depoux, la disparition complète des phénomènes principaux de la maladie, notamment celle des douleurs fulgurantes, qui constituaient le symptôme le plus pénible, et des troubles gastriques également très prononcés. De plus le malade a pu reprendre la marche qui était devenue à peu près impossible. En résumé, après cette longue série d'injections, l'amélioration aurait été considérable, et de plus elle paraît devoir être durable, si l'on en juge par les dernières nouvelles, et par l'impression toute favorable que traduisent les lettres de l'intéressé.

M. le Dr Depoux n'a pas tiré de conclusion catégorique de ce fait en apparence si probant, mais cette conclusion est pour ainsi dire implicitement contenue dans les remarques soulignées par lui, remarques qu'il faut considérer comme une véritable adhésion à la méthode que M. Brown-Séquard a recommandée comme étant le mode du traitement le plus efficace vis-à-vis de cette maladie longtemps jugée incurable qui s'appelle le *tabes dorsalis*. D'ailleurs l'éminent professeur du Collège de France a fait intervenir dans la circonstance son autorité personnelle, et a insisté à son tour sur l'importance du fait, qu'il a eu occasion de contrôler de ses propres yeux. Il a présenté, à ce sujet, quelques nouvelles considérations sur l'efficacité de sa méthode, dont les succès, d'après lui, sont tellement nombreux qu'à l'heure présente ils égalent presque la proportion des cas traités.

Le rôle du rédacteur du bulletin, dans ce journal, n'étant pas de faire envers et contre tout œuvre de critique, nous aurions mauvaise grâce à insister outre mesure sur les affirmations légèrement optimistes de l'éminent physiologiste. D'ailleurs, pour juger sainement cette question de la valeur thérapeutique des injections préconisées, il faudrait une expérience personnelle qui nous fait défaut. Nous croyons toutefois qu'il y a lieu d'opposer ici de grandes réserves à des conclusions que l'on présente d'ores et déjà comme inattaquables. N'en sera-t-il pas de cette méthode comme de bien d'autres, qui ont donné des succès durant les premiers temps de leur vulgarisation, et que cependant l'on a dû abandonner un jour, faute de constance et d'uniformité dans les résultats obtenus? Et ne peut-on invoquer ici, dans une certaine mesure, le hasard des coïncidences et des effets de séries, à l'aide duquel s'est constituée la vogue temporaire de bien des méthodes thérapeutiques? On pourrait citer opportunément à ce propos l'exemple de la méthode dite de la *suspension*, si fort en honneur il y a quelques années, et à peu près délaissée maintenant que l'on a reconnu combien les effets en étaient incertains. De même on pourrait rappeler, dans un autre ordre de faits, ce qui est advenu des tentatives du traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de substances antiseptiques. Ici encore les échecs ont vite dépassé le nombre des succès que la confiance enthousiaste et légèrement crédule de quelques médecins avait un peu majoré par avance. Ce n'est certes pas faire preuve de timidité ni d'hostilité au progrès que d'appliquer les mêmes réflexions à la méthode dont on préconise l'application à tous les cas de tabes sans exception. Il nous semble que, jusqu'à plus ample informé, on doit s'en tenir à la constatation et à l'utilisation des propriétés physiologiques réelles du suc testiculaire, des effets stimulants et excitateurs qu'on ne peut lui contester. Ces propriétés doivent trouver leur emploi dans tous les cas où il y a lieu de relever les fonctions plus ou moins compromises du système nerveux. Mais c'est peut-être aller un peu loin que de leur demander davantage, et de vouloir en faire un moyen réellement curateur vis-à-vis de ces lésions profondes et théoriquement irrémédiables qui s'appellent les scléroses cérébro-médullaires. Cette appréciation, très modérée et peut-être un peu terre à terre, est celle qui nous paraît le mieux convenir dans l'état actuel de la question, la seule en tous cas qui puisse mettre à l'abri des mécomptes auxquels s'exposent presque infailliblement les initiateurs des innovations thérapeutiques, lorsque leur engouement dépasse une certaine mesure.

— On reproche souvent à la médecine, et non sans motif, l'impuissance habituelle ou même la nullité des moyens dont elle dispose vis-à-vis de cette maladie encore mystérieuse par tant de côtés qui s'appelle le cancer. De fait, les divers traitements qu'elle préconise ne sont guère en l'espèce que de simples palliatifs, et aucun d'eux ne saurait prétendre à réaliser l'objectif idéal, qui serait l'éradication des foyers néoplasiques et conséquemment la suppression complète d'une cause d'infection secondaire pour les autres parties de l'organisme. Cette critique s'adresse aussi bien à la chirurgie qui, malgré la précision apparente de ses procédés, ne résout guère mieux une question inhérente à la nature même du cancer, et qui d'autre part dicte souvent des opérations elles aussi d'ordre purement palliatif. Cependant les chirurgiens ont eu jusqu'à présent le pas dans le traitement des affections cancéreuses, et leur intervention est devenue de plus en plus prépondérante, grâce à leur hardiesse croissante qui les porte à entreprendre des opérations jugées autrefois inabordables, telles que l'ablation ou la résection des cancers viscéraux. Cette omnipotence est-elle légitime, et doit-on abandonner au bistouri toute dégénérescence néoplasique jugée accessible à l'intervention directe? Ici une réponse uniforme n'est guère possible, attendu que l'on doit tenir compte avant tout des indications ressortissant à l'extrême variété des cas particu-

liers. Il semble pourtant que dans cette voie on soit allé un peu loin et que l'on ait multiplié outre mesure les cas où l'intervention est légitimement autorisée. Cette question se pose surtout à l'occasion des cancers viscéraux, sur le pronostic et sur le traitement desquels on discute depuis si longtemps. Or, d'après M. Dujardin-Beaumetz, on n'a pas assez compris jusqu'à présent l'efficacité de l'intervention médicale vis-à-vis de cette dernière catégorie de faits, et on ne connaît pas suffisamment les services qu'elle peut rendre.

C'est ainsi que dans le cancer de l'intestin, en particulier, et dans celui du rectum, on peut améliorer beaucoup le sort des malades, au dire du savant thérapeutiste, par l'emploi de moyens fort simples, au nombre desquels figurent les antiseptiques, le régime alimentaire et les purgatifs.

Ces trois ordres de moyens correspondraient à autant d'indications principales qui se trouvent réalisées dans presque toutes les dégénerescences intestinales, quels que soient leur siège, leur étendue, leur profondeur.

Toujours est-il que M. Dujardin-Beaumetz dit avoir pu, grâce à leur emploi persévérant, prolonger longtemps la vie de ses malades et masquer les effets de leur lésion viscérale au point de leur rendre possible la continuation de la vie mondaine. Voilà un résultat assurément remarquable et qui, pour si peu curatif qu'il soit, vaut sans contredit l'ouverture de l'abdomen et l'entérotomie avec ses conséquences, au nombre desquelles il suffit de citer la répugnante infirmité qui s'appelle l'*anus contre nature*.

En fait, les chirurgiens ne pourraient guère se prévaloir de résultats meilleurs que ceux-là dont le savant médecin de l'hôpital Cochin a récemment entretenu la Société de thérapeutique! Et on ne trouverait peut-être pas facilement dans leur pratique des cas de survie atteignant trois ans et plus, après l'ablation de cancers intestinaux bien et dûment avérés.

Il y a donc là d'instructifs exemples à méditer, et désormais les médecins pourront avoir plus confiance dans leur propre intervention, en même temps que les chirurgiens devront mettre une sourdine au zèle opératoire qui anime un trop grand nombre d'entre eux. Le vieux proverbe : *à chacun son métier...* trouve ici une nouvelle et très légitime application.

NOTES ET INFORMATIONS

Intérêts professionnels.

Médecine de colonisation en Algérie. — Nos lecteurs se souviennent de la lettre du Dr Milliot insérée dans le numéro 35 de notre journal et par laquelle il nous faisait savoir que grâce aux démarches du Dr de Labrousse, délégué des médecins de colonisation au Comité d'assistance médicale du département de Constantine, la Chambre des députés avait pris en considération la requête des médecins de colonisation de l'Algérie dans laquelle ceux-ci demandaient à ce que leurs fonctions soient comprises dans la catégorie du service actif prévue par la loi du 9 juin 1853 sur les pensions de retraite.

M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser à la Chambre des députés un rapport favorable tout en observant que si cette requête était prise en sérieuse considération d'autres fonctionnaires chercheraient à obtenir un traitement analogue, ce qui créerait une charge très lourde pour le budjet de l'État. Nous partageons l'opinion du Dr Milliot, que les médecins de colonisation sont des fonctionnaires d'un ordre spécial et que leur nombre limité — en tout à peine une centaine — ne créérait pas une charge bien lourde pour nos finances. D'ailleurs le ministre lui-même rend justice à l'abnégation au-dessus de tout éloge des médecins de colonisation et ajoute que l'administration ne pourrait que se réjouir de voir le Parlement accueillir, à titre exceptionnel, la requête des médecins de colonisation de l'Algérie. Nous avons donc tout lieu d'espérer que cette requête aboutira : le Parlement voudra bien se souvenir que les médecins de colonisation hollandais ont droit à la retraite après vingt ans seulement de service actif (1).

(1) V. *Gazette médicale*, n° 27, 1892.

NOUVELLES

Chemin de fer d'Orléans (hiver 1892-93). — *Paris, Arcachon, Dax-Pau, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn.* — Billets à prix réduits pour les stations hivernales et thermales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

On délivre des billets : A Paris (gare d'Orléans) et dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris : rue de Londres, 8; rue Paul-Lelong, 7; rue Gaillon, 5; rue Notre-Dame de Nazareth, 39; place Saint-Sulpice, 6; rue Française, 6 (à l'angle de la rue Etienne Marcel); place de la Madeleine, 7; rue de Paradis, 21 *bis*; boulevard Sébastopol, 34; rue des Archives, 63; rue Jean-Jacques-Rousseau, 18 : ainsi que dans les agences Cook, 1, place de l'Opéra, et au Grand-Hôtel; Gaze, 3, rue Scribe; Lubin, 36, boulevard Haussmann; de la Compagnie des Wagons-Lits, 46, rue des Mathurins, et 3, place de l'Opéra; des Indicateurs Duchemin, 20, rue de Grammont; de la Société des Voyages économiques, 10, rue Auber; et de la Compagnie Générale Transatlantique, Hôtel Terminus, rue Saint-Lazare.

Il est également délivré des billets à toutes les gares et stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins *trois jours* à l'avance.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 0. — Rougeole, 1. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 24. — Affections cholériformes, 4. — Phtisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 65 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 52. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 36. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 70. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 28. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 9. — Total : 956.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e Année. 8e Série. Tome I — N° 46 — 12 novembre 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

HOPITAL NECKER. — M. LE Dr HORTELOUP

(*Service des maladies des voies urinaires*).

TAILLE HYPOGASTRIQUE POUR CALCULS ENKYSTÉS MIGRATEURS.

Leçon recueillie par le Dr Edmond Wickham, *ancien aide d'anatomie de la Faculté.*

Messieurs,

La question de l'enchatonnement des calculs vésicaux est de nouveau mise à l'ordre du jour ; mon collègue, le Dr Bazy, a récemment publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1), trois observations très intéressantes, qui prouvent l'existence possible des cellules. Les conclusions de son travail : « Peut-être leur (les pierres enchâtonnées) rareté diminuera-t-elle si notre attention est mieux attirée de ce côté, surtout si nous n'y regardons pas avec des idées préconçues », m'engagent à attirer votre attention sur un de mes anciens opérés, que plusieurs d'entre vous se rappellent certainement : après avoir pratiqué sur lui sans succès la lithotritie et la taille prérectale, j'ai dû avoir recours à la lithotomie supra-pubienne pour le débarrasser de deux petits calculs uriques emprisonnés dans une cellule rétro-prostatique.

C'était un homme d'une cinquantaine d'années, sommelier de son état ; le 1er juin 1891, M... demandait à entrer à l'hôpital pour de vives douleurs survenant à la fin de la miction, principalement pendant le jour. Dix ans auparavant, il avait contracté une blennorrhagie, qui dura trois semaines ; en 1888 et les années suivantes, M... avait eu plusieurs accès de coliques néphrétiques. Le jour de son admission, nous constatâmes les symptômes suivants : pollakiurie diurne s'accentuant pendant la marche ou à la suite de mouvements brusques ; douleur lancinante semblant localisée au-dessous de l'ombilic et coïncidant avec les exacerbations de pollakiurie. M... nous a raconté qu'il avait eu plusieurs hématuries séreuses et que ces dernières s'étaient manifestées après des exercices violents. Les urines étaient troubles, mais l'examen par l'ammoniaque n'a pas déterminé la production de cette substance gélatineuse qui, vous le savez, indique la présence du pus. La prostate était un peu augmentée de volume ; vu l'âge du malade, elle ne présentait, en somme, aucune modification intéressante à noter.

Le lendemain j'ai examiné M... avec la sonde d'argent ; une sonde de Nelaton n° 18 fut d'abord introduite facilement jusque dans la vessie, et je fis un lavage à l'eau boriquée à 40 pour 1.000. Après avoir laissé à grand'peine 150 grammes de la solution, ce qui prouvait le peu d'extensibilité des parois vésicales, je me servis de l'explorateur avec lequel je sentis très nettement un calcul ; qui plus est, le choc classique fut entendu par les élèves les plus proches du lit du malade ; étant donné l'état des urines, je conseillai de faire chaque jour sans brusquerie des lavages avec de l'eau boriquée tiède.

Le dimanche 7 juin, désirant initier ceux qui suivaient mes cliniques au bruit produit par le choc du bec de l'explorateur contre un calcul, je cathétérisai le malade de nouveau avec la sonde d'argent. Grande fut ma surprise, il me fut complètement impossible de répéter l'expérience que j'avais faite sans difficulté quelques jours auparavant.

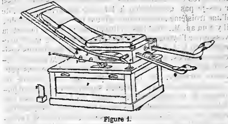


Figure 1.

Décidé à débarrasser M... de son calcul par la lithotritie le 14 juin, je pratiquai un examen le 11, mais cette fois avec un petit lithotriteur. Je couchai le malade sur le lit du baron Heurteloup (fig. 1), lit spécial que vous connaissez et dont vous avez pu apprécier les avantages pour mener rapidement à bien le broiement des pierres de la vessie. Avant d'introduire l'instrument, j'insiste particulièrement sur ce point, vous en saisirez l'importance tout à l'heure, je fis subir au malade plusieurs mouvements de bascule, afin de m'assurer du bon état des charnières de l'appareil.

Le lithotriteur dans la vessie, j'entrouvris les mors ; j'imprimai un mouvement au fauteuil et la pierre fut saisie immédiatement ; je constatai qu'elle avait un peu plus d'un

(1) *Ann. mal. org. gén. urin.*, sept. 1892.

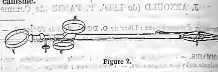
centimètre de diamètre. Je fis évoluer mon lithotriteur muni de sa proie et je ne perçus aucun contact; j'en ai conclu que je me trouvais en présence d'un cas des plus favorables pour la lithotritie.

Le dimanche suivant, jour de clinique, le Dr Millard, mon collègue au Conseil supérieur de l'Assistance publique, m'avait fait l'amitié de venir assister à mes opérations et je me réjouissais de lui montrer la facilité avec laquelle, grâce au lit dont je vous parlais il y a un instant, on saisit d'abord et on broie ensuite aussi bien les calculs que leurs fragments. Le malade anesthésié avec le chloroforme, je fis plusieurs lavages à l'eau boriquée suivant mon habitude, mais, vu les contractions vésicales, je ne laissai qu'une faible quantité de solution. Le lithotriteur n° 2 introduit, j'ai attiré à moi la branche mâle et j'ai commencé les mouvements de bascule destinés à faire tomber automatiquement, entre les mors de l'instrument, les calculs ou leurs fragments. Au bout de cinq minutes, n'étant parvenu à faire aucune prise et n'ayant eu aucun contact, je fis réveiller le malade, mais fort de mon exploration positive, je me décidai à pratiquer le lendemain la taille prérectale. J'ai donné la préférence à ce mode d'intervention par suite de la dimension du calcul, du peu de volume de la prostate et surtout à cause de la difficulté de distendre la vessie.

Cette seconde opération fut suivie d'insuccès : malgré l'emploi de tenettes très variées de forme et l'exploration digitale combinée au refoulement de la paroi abdominale, je ne parvins à atteindre aucun corps étranger. Je dus panser la plaie périnéale, sans avoir extrait le calcul dont l'existence pour moi et ceux de mes élèves qui avaient assisté au premier examen, ne faisait aucun doute. M... a guéri sans incidents dans les délais habituels.

A mon retour des vacances, j'ai retrouvé mon opéré se plaignant de douleurs très vives au-dessous de l'ombilic, surtout après des changements brusques de position; aussi n'eus-je pas grand'peine à lui faire comprendre l'utilité d'une troisième intervention, qui eut lieu le 29 septembre il y a un an. M... une fois chloroformé, je lui ai ouvert la vessie par l'hypogastre; vous savez qu'avec ce mode opératoire on a sous les yeux toute l'étendue des parois vésicales, aussi est-il impossible de ne pas voir la moindre lésion de la muqueuse ou de ne pas surprendre le plus petit corps étranger. J'ai incisé la peau sur une étendue de 7 centimètres à partir du bord supérieur de l'arcade pubienne. Je me suis conduit de même vis-à-vis du tissu cellulaire sous-cutané et après avoir bien libéré la surface des aponévroses d'insertion des muscles abdominaux, j'ai recherché l'interligne fibreuse des droits que j'ai ponctionnée au histouri immédiatement au-dessus du pubis; cette boutonnière a permis le glissement d'une sonde cannelée sur laquelle j'ai incisé les fibres aponévrotiques. Laissant de côté les instruments, j'ai libéré avec mon index la surface de la vessie, laquelle avait été dès le début de l'opération, distendue avec environ 150 grammes de solution boriquée et repoussée en haut au moyen du ballon rectal de Petersen, en grattant de bas en haut de manière à remonter le cul-de-sac péritonéal. Vous connaissez l'importance de ce temps opératoire et vous concevez l'utilité de dégager les fibres musculaires vésicales.

Ce a fait, j'ai versé sur le champ opératoire de la solution phéniquée au vingtième pour antiseptiser les tissus au moment de l'ouverture de la vessie. Puis, selon mon habitude, j'ai ponctionné le plus haut possible cet organe avec mon trocart suspenseur, que vous voyez reproduit ouvert et fermé (fig. 2 et 3); un simple coup d'œil jeté sur ces deux planches vous en fera rapidement comprendre le mécanisme.


Figure 2.

Toutefois, je vous ferai remarquer que la face pubienne est cannelée; le long de cette cannelure, après avoir ouvert l'instrument, je fais glisser un histouri et j'incise ensuite la vessie en me dirigeant vers l'arcade pubienne; j'ai agi ainsi dans la taille dont je vous relate les divers incidents. L'incision terminée, grâce à mon sustenteur, je n'ai pas eu crainte de voir fuir la vessie dans le petit bassin; cet inconvénient est d'ailleurs évité par les autres chirurgiens en faisant passer un fil à 1 centimètre de chaque lèvre de la plaie vésicale. Mon procédé rend inutile ce temps opératoire et constitue donc une simplification.

Figure 3.

La vessie ouverte, un aide a retiré la sonde en gomme, avec laquelle j'avais fait l'injection intra-vésicale, et plongeant l'indice, je me suis aperçu que la tige de la sonde obturait en partie l'entrée d'une cellule située directement en arrière de la prostate; l'exploration de cette cellule (fig. 4) m'y révéla la présence de deux calculs, chacun de la grosseur d'un noyau de cerise, accolés l'un à l'autre. Avec une pince à anneaux un peu longue, je les ai extraits, non sans une sérieuse difficulté; j'ai alors constaté qu'ils étaient indemnes de facettes; l'examen chimique ultérieur m'a appris que l'acide urique les constituait en très majeure partie.

Figure 4.

La cellule vidée de son contenu, j'ai reconnu qu'elle s'insinuait au-dessous du lobe moyen de la prostate, que l'orifice d'entrée se laissait à peine franchir par mon index et que par contre le diamètre du fond était manifestement beaucoup plus développé. J'explorai avec soin les autres régions de la vessie; des fibres musculaires hypertrophiées y soulevaient légèrement la muqueuse par place, mais nulle part ailleurs je ne sentis une cellule.

La cystotomie se termina selon les règles communes : suture partielle de la vessie, installation des tubes Périer-Guyon, suture des parties molles et pansement à l'iodoforme. Le malade est sorti complètement guéri vers le milieu de novembre et depuis je n'en ai malheureusement pas entendu parler.

Cette observation, comme vous le voyez, est des plus intéressantes. En premier lieu, elle constitue une preuve à l'appui de l'existence des cellules vésicales niée par quelques chirurgiens de notre époque; elle démontre d'une façon péremptoire le peu de fondement de cette négation. Assurément notre fait n'est pas absolument comparable à ceux publiés par mon excellent collègue le Dr Bazy; les deux petits calculs extraits par moi n'étaient pas pour ainsi dire emprisonnés, le résultat de notre exploration faite avec un litbotriteur permet d'affirmer qu'ils étaient susceptibles de sortir de leur loge, d'ailleurs leur configuration est là pour le corroborer : à demeure dans la cellule, ils auraient sans aucun doute été munis de facettes. Précisément c'est en présence de calculs migrateurs comme étaient les nôtres que le chirurgien anglais Harrisson conseille la position génupectorale pour la lithotritie ; j'avoue que chez un malade anesthésié avec le chloroforme je ne me rends pas bien compte de l'exécution de l'évolution recommandée.

De plus je ne dois pas oublier que l'orifice d'entrée de la cellule de mon malade était de petite dimension, puisque, la vessie ouverte, il correspondait à la circonférence de mon petit doigt. La solution boriquée injectée surexcitait la contraction des fibres musculaires et par conséquent l'orifice d'entrée devait, par ce fait, être plus petit ; cela explique selon moi l'insuccès des mouvements de bascule imprimés au fauteuil, lors de la séance de lithotritie ; les deux calculs voulant sortir de front, étaient rejetés au fond de la cellule, d'autant plus facilement que la tige de mon lithotriteur en passant directement au-dessus de la cellule, en fermait en partie l'entrée. En admettant que nous ayons fait prendre la position d'Harrisson à notre malade p r és l'avoir réveillé bien entendu, je suis en droit de me demander si les calculs ne seraient pas restés dans leur cellule.

La situation de la portion la plus déclive de la cellule qui contournait, je vous le rappelle, le lobe moyen de la prostate explique l'insuccès de l'exploration digitale par le périné; d'ailleurs, ce qui fit aussi échouer la taille prérectale, c'est que le plancher périnéal de mon malade était bien plus épais que normalement ; il est probable que si cet obstacle m'avait fait défaut, l'extrémité de mon index aurait atteint les calculs qui se cachaient en arrière et au-dessous de la glande prostatique et une troisième intervention n'aurait pas été nécessaire.

Je vous ferai remarquer en terminant de quelle utilité a été, tant pour la guérison du malade que pour ma propre satisfaction, l'examen qui m'a autorisé à poser un diagnostic précis ; assurément, ayant tenu un calcul entre les mors du lithotriteur explorateur, je n'avais pas le droit de renoncer à débarrasser le malade d'une pierre dont il était impossible de nier la présence, après le premier comme après le second échec.

GYNÉCOLOGIE

SUR LES SUPPURATIONS PELVIENNES (1),

Par M. Paul Segond.

L'étude si actuelle des suppurations pelviennes soulève les questions les plus variées. Leur classification, la nature et le mode de progression des agents infectieux qui les engendrent, le siège exact de leur localisation, leurs caractères anatomo-pathologiques, leur évolution clinique et leur diagnostic parfois si délicat sont en effet autant de chapitres qui méritent l'attention. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches ; et, si j'ai bien compris la mission que mes collègues de Bruxelles m'ont fait le grand honneur de me confier, j'imagine que la question du traitement devra constituer la dominante de mon rapport. C'est tout au moins dans cet esprit que je l'ai rédigé, et la même tendance va se retrouver plus nette encore dans la note que voici. On y trouvera seulement l'exposé rapide des doctrines générales ou des points de pratique opératoire qui partagent encore nombre d'entre nous, et sur lesquelles le Congrès ne manquera pas de porter son attention plus particulière.

Tout d'abord, que devons-nous entendre par suppurations pelviennes? Sous cette dénomination fort amplexive, on doit sans doute comprendre tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis de la femme ; et, prenant par exemple le siège primitivement extra ou intra-péritonéal des collections purulentes, on peut, à l'exemple de Jacobs, en dresser un tableau général complet. Je crois cependant qu'il est préférable de simplifier un peu moins, et qu'il est en particulier nécessaire de distinguer les suppurations pelviennes qu'on pourrait dire secondaires et celles qui sont primitives.

Celles-ci correspondent aux collections péri-utérines proprement dites. Elles ont pour point de départ un processus inflammatoire siégeant, soit dans les annexes, soit dans le péritoine pelvien, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin. Les classifications basées sur la localisation intra ou extra-péritonéale do pus leur conviennent absolument, et c'est aux collections de cette nature qu'on devrait, me semble-t-il, réserver d'une manière exclusive la dénomination de suppurations pelviennes proprement dites. Je ne ferai d'exception qu'en faveur de l'hématocèle suppurée, dont le diagnostic différentiel est parfois tellement ardu qu'il devient pour ainsi dire impossible de savoir si la suppuration est primitive ou consécutive à un épanchement sanguin.

Tout autres sont les collections purulentes développées à l'intérieur ou bien autour d'une tumeur préexistante. Celle-ci peut être un kyste, un fibrome, voire même un cancer de l'utérus ou une grossesse ectopique, peu importe ; le cas n'en reste pas moins spécial, et les suppurations intra ou périnéoplasiques observées dans ces conditions veulent être envisagées séparément. Leur étude peut être d'ailleurs assez rapide, car, au point de vue de leur traitement, je n'aurai guère de divergence à relever. En effet, si l'on excepte certains cas rares de kystes suppurés du ligament large, qu'il est peut-être avantageux de traiter par incision simple, si l'on excepte encore certaines collections purulentes secondaires, qu'il est parfois prudent d'évacuer avant de songer à l'ablation des tumeurs qui les accompagnent, on peut dire d'une manière générale qu'en présence d'une femme atteinte à la fois de suppuration et de tumeur abdominale, la laparotomie est bien pour tous les chirurgiens l'opération de choix.

(1) Congrès de gynécologie, Bruxelles, 1892.

Toutefois, me basant sur quelques observations personnelles, j'aurai l'occasion de montrer que dans ce premier groupe de faits l'hystérectomie vaginale peut, aussi bien que dans les suppurations pelviennes proprement dites, trouver des indications nettes et rendre les plus éclatants services. Je ne parle pas seulement ici des cas bien rares de cancers utérins compliqués de suppuration pelvienne; il est bien clair que l'hystérectomie vaginale est la seule opération qui leur convienne. Ce que je me propose surtout d'établir, c'est que la même opération est encore très souvent l'opération de choix, lorsque la suppuration s'observe chez des femmes atteintes de fibromes de gros volumes, à la condition, bien entendu, que ce volume ne soit pas excessif et que la limite supérieure de l'utérus ou des fibromes ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Ces premières considérations posées, j'en arrive aux suppurations pelviennes proprement dites. Ici encore, et toujours pour ne parler que de traitement, il est, à la vérité, nombre de points de pratique sur lesquels on ne discute plus. Mais combien d'autres restent litigieux? Je sais bien qu'il y a des principes généraux sur lesquels chacun s'entend, ou à peu près. On reconnaît par exemple « que la thérapeutique des affections des annexes est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus, comme ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice », et que, « d'une façon générale, les grandes interventions chirurgicales doivent être réservées autant que possible pour les formes chroniques ». Rien de plus juste que ces deux axiômes récemment invoqués par Le Dentu. Mais les textes de loi les meilleurs ne sont pas tout, et s'il est naturel d'en accepter la signification générale, il ne s'ensuit pas que leur interprétation soit toujours fort aisée. Et cela, parce qu'il nous faut à chaque pas compter, soit avec les difficultés indiscutables que nous réserve trop souvent la juste appréciation des cas particuliers, soit avec les tendances variées des chirurgiens les plus consciencieux.

Chacun peut juger de ce que j'avance en parcourant nos publications les plus récentes. Qu'il s'agisse d'élucider le diagnostic des suppurations pelviennes ou de déterminer la part qui convient de faire à leur thérapeutique conservatrice; qu'il s'agisse de se prononcer sur les indications d'une chirurgie plus radicale ou sur le choix de l'intervention la meilleure, les opinions les plus diverses se croisent aussitôt, et dans ces conditions il devient assez délicat d'exposer avec précision l'état actuel de la question. Je m'efforcerai néanmoins de remplir pour le mieux cette première partie de ma tâche, et ce n'est qu'après avoir scrupuleusement consigné l'avis de tous les chirurgiens compétents, que je me permettrai de soumettre au contrôle des membres du Congrès les conclusions auxquelles je me suis personnellement rallié et dont voici l'exposé général :

En premier lieu, il doit être bien entendu que, dans le traitement des suppurations pelviennes, les interventions graves comme la laparotomie et l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice; soit qu'on ait la conscience d'en avoir épuisé les ressources, soit que l'urgence du cas particulier défende toute temporisation. Je m'excuse presque de souligner un précepte aussi formel; mais l'insistance, souvent trop significative, avec laquelle on l'a réédité ces derniers temps, et le désir d'éviter tout malentendu m'en ont démontré la nécessité.

En rappelant les droits imprescriptibles de la thérapeutique prudente et conservatrice, je n'entends certes pas faire le moindre retour vers l'expectation systématique ou résignée, mais déplorable, de nos anciens maîtres. Je veux simplement témoigner de mes tendances personnelles, et montrer en particulier que, d'accord avec les chirurgiens qui protestent contre les opérations excessives, j'estime qu'on doit tout mettre en œuvre pour en limiter sévèrement les indications. A plus forte raison doit-on s'efforcer d'en prévenir la nécessité, si je puis ainsi dire, et je crois qu'à cet égard on ne saurait trop insister sur l'influence salutaire d'une thérapeutique utérine bien dirigée, c'est-à-dire « conduite avec rigueur et ténacité à partir du premier moment où des signes d'infection apparaissent dans l'appareil génital ». Doleris l'a spécifié très justement, et je pense avec lui que l'antisepsie vaginale, le curettage, la dilatation large et le drainage de l'utérus sont, au point de vue préventif, des armes toutes-puissantes. Il n'est pas douteux qu'en sachant bien les manier on pourrait diminuer de beaucoup le nombre des cas justiciables des grandes opérations.

Est-ce à dire qu'il faille, en présence d'une suppuration péri-utérine avérée, raisonner de la même manière et préconiser l'emploi systématique des méthodes indirectes, qui permettent d'obtenir l'évacuation du pus par voie utérine? Je ne le crois pas. Non point que je mette en doute les faits démontrant l'efficacité de la méthode de Walton; je les conteste si peu qu'à mon avis on a presque le devoir d'essayer toujours cette méthode à la période initiale des pyosalpingites, lorsque le volume de la tumeur n'est pas trop considérable, lorsque le péril n'est pas imminent et surtout lorsqu'il reste un doute sur la nature du contenu de la poche, ce qui n'est point rare. Mais c'est tout ce que l'on peut dire, et j'estime qu'il y aurait péril à généraliser davantage. Bref, les indicatisns de la méthode de Walton sont, à mon sens, exceptionnelles dans le traitement des suppurations pelviennes; et, pour peu que les désordres péri-utérins aient quelque importance, il est souvent plus prudent de faire d'emblée de la chirurgie directe que de risquer un curettage préalable.

La part du traitement prophylactique et de la thérapeutique indirecte, des abcès péri-utérins étant ainsi tracée, nous restons en présence de la chirurgie opératoire proprement dite, dont il faut étudier les armes et les indications. Quant à la nécessité d'intervenir chirurgicalement toutes les fois qu'il y a du pus autour de l'utérus, je pense qu'elle n'est plus à démontrer.

Deux méthodes fort distinctes se trouvent ici en présence. L'une se propose d'obtenir la guérison par simple évacuation du pus; l'autre, plus radicale, réalise à la fois cette évacuation et la suppression plus ou moins complète du foyer général du mal. Je ne voudrais en aucune façon contester les avantages de la première manière de faire. Elle trouve ses indications fort nettes dans certains cas particuliers; et lorsqu'on se trouve, par exemple, en présence d'une collection purulente qui s'est d'elle-même rapprochée d'un point accessible, c'est-à-dire de la paroi abdominale ou des culs-de-sac vaginaux, il est clair qu'on n'a pas à discuter le choix de l'intervention. Il faut d'abord inciser et

drainer, quitte à agir plus tard sur la lésion cansale quand il y a lieu. Mais, si nombrenses que soinnt les voies proposées ponr permettre l'incisinn simple des collectinns pelviennes, je ne crois pas qu'nn y trouve antre chose qu'une méthode d'exceptinn. C'est qu'en effet, pour qu'on soit autorisé à inciser un abcès pelvien, il ne sufût pas quo l'ineision soit possible, il faut encore et surtout qu'elle soit rationnelle et suffisante. Or, si l'on excepte les collentions phlegmoneuses récentes, ou même certaines hématocèles suppurées dont l'incision s'impose comme unique méthode de traitement raisonnable, nous trouverons tout au plus comme justiciables du même procédé les quelques rares variétés d'abcès pelviens d'origine nvaro-salpingiennns dont Bouilly a dernièrement pris le soin de spécifier les caractères. Sur ce point je ne pense done pas qu'il y ait matière à longues discussions.

Quant à la valeur intrinsèque des procédés eonseillés pour atteindre le pus dans le pelvis, je ne crois pas qu'il soit non plus très difficile de la déterminer. Ils sont à la vérité fort nombreux; et même, sans parler de la ponction simple, qu'on doit, à mon sens, toujours déconseiller ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous avons encore à juger les divers modes de l'incision, suivant qu'elle procède par voie vaginale, rectale, sacro-coccygienne, périnéale, inguino-sous-péritonéale ou pariétal proprement dite. Or, S. Bonnet l'observe avec raison, tous les procédés compris dans cette liste comptent sans doute des succès qui en sont la justification, mais tous aussi passibles de la même réflexion : « Ils ne peuvent être généralisés », et leur utilité ne se mesure qu'au « nombre restreint de cas partieuliers auxquels chacun d'eux peut répondre ».

Le fait est, par exemple, évident pour les incisinns pariétales simples. Leurs indieations particulières sont les mêmes pour tous les chirurgiens, et, que l'ineision soit bypogastrique, iliaque, inguinale, erurale ou fessière, elle n'est jamais que l'application particulière d'une loi fort élémentaire : on donne issue au pus dans la région où il est vnnu pointer de lui-même. Bref, on traite la collection pelvienne comme un abcès vulgaire, et rien n'est plus légitime. Mais, il y a plus, et dans la série des procédés en question il en est plusieurs qui peuvent être jugés beaucoup plus sommairement ; ee sont les incisions par voie rectale, périnéale et sacro-coccygienne.

Pour les premiers, point d'hésitation possible : toute évacuation opératoire d'un abcès pelvien par voie rectale est sûrement une mauvaise opération. Pour les interventions sacro coccygienne ou péritonéale, que certains chirurgiens semblent vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, il est peut-être sage de surseoir à leur jugement définitif. Toutefois, on peut observer dès maintenant que, de l'aveu même de leurs défenseurs, les indieations de ces ineisions complexes semblent singulièrement exceptionnelles, et, pour ma part, quels que soient les enseignements de l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection saero-eoeeygienne aux conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous placent la laparotomie ou l'intervention par les voies naturelles.

Tout eompte fait, les deux seuls proeédés de la méthode évacuatriee pure qui soient suseeptibles d'une certaine généralisation sont l'incision par voie inguino-sous-péritonéale et l'incision par voie vaginale. Comme je l'ai dit plus haut, l'un et l'autre trouvent leurs indications nettes dans plus d'un cas particulier et notamment dans les collections phlegmonneuses proprement dites, ou même dans certaines hématocèles suppurées. Je rappelle enfin que leur manuel opératoire est fort simple. L'évacuation par voie inguinale s'adressant aussi bien aux collections à plastron abdominal qu'aux abcès plus profonds, dont l'accès exige un décollement sous-péritonéal plus ou moins étendu, il s'ensuit qu'au point de vue de l'opération nécessaire, on doit s'attendre à tous les intermédiaires qui peuvent séparer le débridement le plus banal de la laparotomie sous-péritonéale telle que la comprend Pozzi. A son tour, l'évacuation par voie vaginale présente deux variétés principales, suivant qu'elle s'exécute avee ou sans ouverture du péritoine. Mais, dans le premier cas, alors même qu'on prend le soin de suturer à la plaie vaginale les bords de l'ineision faite à la poche non adhérente qu'on a voulu atteindre par cette voie, je erois l'intervention passible des plus graves objections. La seule incision vaginale recommandable est celle qui permet l'évaeuation du pus sans ouverture du péritoine, ainsi qu'il arrive pour les abcès pelviens proprement dits et pour les pyosalpyngites adhérentes. — Dans ces conditions, son manuel opératoire ne présente aucune difficulté. Le cul-de-sae vaginal étant mis à découvert par des écarteurs appropriés, il suffit d'ineiser droit devant soi et je ne crois pas du tout qu'il soit nécessaire de recourir à l'instrumentation spéciale imaginée par Laroyenne. Avec une pince pour fixer l'utérus, des écarteurs pour y voir ou décoller les tissus, un bistouri et ses doigts, on a largement assez pour bien faire et même pour très bien faire.

Si la méthode d'évacuation par ineision simple doit rester limitée dans ses applications possibles, il en est tout autrement pour les deux grandes opérations que je dois maintenant juger, et je ne crois pas avoir à rappeler comment la laparotomie et l'hystérectomie constituent, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations.

Pour la laparotomie, la démonstration n'est plus à faire. Il est en effet de notoriété courante qu'elle sait répondre à toutes les indieations ; et, si le traitement des suppurations intra-péritonéales enkystées libres ou peu adhérentes constitue son triomphe indiscutable, elle n'est pas moins capable de donner des succès merveilleux dans les circonstances beaucoup plus complexes qui s'observent en cas de pyosalpingites adhérentes, de pelvipéritonite, d'hématocèle suppurée ou de suppurations mixtes à la fois intra et sous-péritonéales.

Pour l'hystérectomie, c'est-à-dire pour l'opération de Péan, l'accord est loin d'être aussi parfait, et pen de questions ont eu le secret de susciter polémique plus violente; on a même avancé qu'elle avait eu les honneurs du pamphlet, ce qui est peut-être beaucoup dire. En tous cas, si l'on en croyait les assertions de quelques-uns de ses adversaires, assertions qui, soit dit en passant, semblent d'autant plus formelles que leurs signataires ont moins d'expérience personnelle, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes devrait être à jamais condamnée, ou peu s'en faut. Pour les uns, c'est une intervention « aveugle et brutale », un « recul de la chirurgie française », ou bien eneore « un produit plus ou moins

inavoné d'erreurs de diagnostic parfois grossières ». D'autres, perdant toute mesure, s'en prennent aux hystérectomistes eux-mêmes, et, paraît-il, devant une nouvelle hystérectomie à commettre, leur délicatesse professionnelle à jamais éteinte n'éprouve plus l'ombre d'une « perplexité », etc., etc. J'en passe et des meilleures.

L'avenir de l'hystérectomie serait-il donc à ce point compromis? Non certes. Et pour s'en convaincre il suffit de mesurer, sans parti pris, le chemin parcouru depuis le jour où j'ai pris la défense de l'opération de Péan devant la Société de chirurgie. Peu après, nos adversaires ont sans doute multiplié leurs objections, et dans les publications successives de Pozzi, de Le Dentu et de Doléris, pour ne mentionner que les principales, rien n'a été négligé pour accumuler les arguments destinés à nous perdre. Mais, encore une fois, je ne vois pas que la campagne menée contre nous ait réussi. Tout ce qui s'écrit, se dit, ou se passe, le démontre.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE

DE L'ACTION DE QUELQUES SELS MÉTALLIQUES SUR LA FERMNETATION LACTIQUE (1).

Par M. CH. RICHET.

J'ai étudié l'influence de divers sels métalliques sur la fermentation lactique ; j'ai pu établir les faits suivants que je me contente d'énoncer (2).

I. Certains sels métalliques, même à très faible dose, ralentissent le développement du ferment ; par exemple, le sulfate de cuivre et le bichlorure de mercure à la dose de 1 milligr. par litre.

II. Il y a une autre dose, empêchante, qui est tout à fait différente de la dose ralentissante. Ces deux doses, dose ralentissante et dose empêchante, sont dans un rapport variable pour chaque substance métallique. Soit 100 la dose empêchante ; la dose ralentissante est de 1 pour le bichlorure de mercure, 10 pour le sulfate de zinc et 15 pour le chlorure de magnésium.

III. A dose plus faible que la dose ralentissante, les métaux exercent tous (même les plus toxiques) une action accélératrice. Ainsi le sulfate de cuivre et le bichlorure de mercure sonl accélérateurs à la dosc de 0 gr. 0005 par litre; le perchlorure d'or et le perchlorure de platine à la dose de 0 gr. 005; le chlorure ferrique à la dose de 0 gr. 5, et le chlorure de magnésium à la dose de 20 grammes.

Il faut donc pour chaque poison distinguer :

1° Une dose *indifférente*, beaucoup plus faible que celle qu'on admet en général, et qui, pour les sels de mercure et de cuivre, est inférieure à 0 gr. 00025 par litre ;

2° Une dose *accélératrice* ;

3° Une dose *ralentissante* ;

4° Une dose *empêchante*.

IV. L'effet toxique du poison porte moins sur l'activité chimique propre du ferment que sur sa pullulation. Si l'on ensemence les ballons stérilisés avec une grande quantité de germes, on trouve une dose ralentissante beaucoup plus forte que si l'ensemencement a eu lieu avec une trace de semence. Finalement, au bout de quinze jours environ, les diverses liqueurs ont toutes acquis à peu prés la même acidité ; l'action du poison porte donc sur la durée de l'action chimique et non sur le terme final, au moins dans une limite assez étendue.

V. Par suite, soit de la formation d'ammoniaque ou de bases organiques, soit de la combustion de l'acide lactique formé, l'acidité du petit-lait fermenté va en diminuant légèrement à partir du troisième et du quatrième jour, sauf, bien entendu, dans les solutions toxiques où le développement est parfois très retardé.

VI. Il y a une loi *biologique* qui semble se surajouter à la loi *chimique* de toxicité des métaux. Ainsi, certains métaux, qui sont chimiquement trés semblables, sont de toxicité très différente, suivant qu'ils sont rares ou communs. Les métaux rares, auxquels le ferment n'est pas accoutumé, paraissent plus toxiques que les métaux communs.

L'exemple le plus frappant qu'on puisse donner est celui du zinc et du cadmium, qui chimiquement sont si proches l'un de l'autre.

Le sulfate de zinc, à la dose de 1 gramme, n'empêche pas le développement que le sulfate de cadmium arrête définitivement à la dose de 0 gr. 15. Il faut 0 gr. 5 de sulfate de zinc pour obtenir le même ralentissement que donne 0 gr. 0075 de sulfate de cadmium. La molécule d'un sel de zinc est donc cent fois moins toxique que la molécule d'un sel de cadmium.

De même, la molécule d'un sel ferrique ou d'un sel manganique est cent fois moins toxique que la molécule d'un sel de cobalt ou de nickel.

VII. On peut classer d'une manière très élémentaire les poisons métalliques, qui agissent sur la fermentation lactique, en trois groupes, selon que leur toxicité est appréciable :

α Par dixièmes de molécule (en dissolution dans un litre) : sodium, potassium, lithium, magnésium, calcium, strontium, baryum.

β Par millièmes de molécule : fer, manganèse, plomb, zinc, uranium, aluminium.

γ. Par cent-millièmes de molécule : cuivre, mercure, or, platine, cadmium, cobalt, nickel.

---

(1) Académie des sciences, séance du 20 juin 1892.

(2) La liqueur à fermenter était du lait dont la caséine avait été précipitée par l'acide acétique à chaud. Le liquide filtré était ensnite neutralisé par du bicarbonate de potasse, puis additionné de son volume, tantôt d'eau distillée ponr les liquides témoins, tantôt d'eau ayant dissous des sels métalliques en proportion déterminée. Je mettais les divers liquides ainsl composés dans des ballons Pasteur à la dose de 50 cc., parfois de 100 cc. et même de 500 cc. Après stérilisation ils étaient ensemencés avec le même ferment lactique pur, puis mis à l'étnve à 40°. Au bont d'un temps déterminé je faisais le dosage de l'acide lactique libre avec une solution alcaline titrée, et la phénolphtaléine comme indicateur.

Il est évident que l'acide lactique formé exerce aussi une influence antiseptique, par son acidité même, et que dans ces conditions la fermentation tend à une limite qu'elle ne dépasse pas. Mais cela n'empêche pas la comparaison entre les liquides témoins et les liquides additionnés de sels métalliques.

REVUE DES JOURNAUX

Suite (1)

II. — RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES RELATIVES AU CHOLÉRA NOSTRAS ET AU CHOLÉRA ASIATIQUE, par le Dr M. KIRCHNER. (*Berliner. Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 43, p. 1073.)

III. — SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, par le prof. EISENLOHR. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 44, p. 1003.)

IV. — SUR LES MODIFICATIONS DE L'URINE CHEZ LES CHOLÉRIQUES, par le prof. G. HOPPE-SEYLER. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1892, n° 43, p. 1069.)

II. — M. Kirchner a fait des recherches bactériologiques dans 16 cas de choléra nostras et dans 5 cas de choléra asiatique, dont 6 (3 de chaque espèce) se sont terminés par la mort).

Il va de soi que dans les 5 cas de choléra asiatique les ensemencements ont fait éclore le bacille-virgule à l'état de cultures plus ou moins pures. L'auteur a cru devoir insister sur ce que, chez un malade qui a succombé le dixième jour de son attaque de choléra, l'intestin grêle ne contenait plus que de rares échantillons du bacille virgule, à côté de nombreux *bacilli coli communis*, tandis qu'au moment de l'entrée du sujet à l'hôpital, ses déjections ensemencées ont donné des cultures pures du bacille-virgule. Il voit dans ce fait la preuve que, lorsque le choléra ne tue pas à bref délai, les bactéries vulgaires de l'intestin prennent le dessus sur le bacille pathogène spécifique ; c'est de la sorte que le malade peut être arraché au trépas.

Les deux cas de choléra asiatique, terminés par guérison ont présenté une évolution tellement bénigne, que sans le secours de l'examen bactérioscopique il eût été difficile de faire un diagnostic sûr.

Des 16 cas de choléra nostras les 2 premiers, très graves, concernaient une mère et son enfant; ce dernier a succombé. Chez la mère l'attaque s'est manifestée par des vomissements incoercibles, par une diarrhée profuse, des crampes extrêmement douloureuses des mollets, de la raucité de la voix. Les selles avaient une teinte d'un blanc grisâtre, avec un léger reflet rouge. L'examen microscopique y a fait découvrir, indépendamment d'autres variétés de bactéries, un streptococcus en chaînettes, et une spirille extrêmement longue; les mêmes micro-organismes ont été retrouvés à l'examen des déjections de l'enfant. De bacilles-virgules, point. Les ensemencements faits dans des plaques de gélatine n'ont point fait éclore de spirilles, mais, à côté de colonies du bacillus coli communis, de belles colonies claires, en forme de gouttelettes, constituées par le streptocoque en question. Ce même microbe a été retrouvé par l'auteur dans le contenu de l'intestin d'une dame qui avait succombé aux manifestations typhiques du choléra (forme asphyxique); or, ici encore, l'examen bactérioscopique a fourni la preuve qu'on avait affaire à un cas de choléra nostras.

Dans aucun des 16 cas de choléra nostras, qui ont fait l'objet des recherches de M. Kirchner, l'examen bactérioscopique n'a fait constater la présence du vibrion de Finkler et Prior dans les déjections des malades; constamment on a trouvé, à côté d'autres saprophytes, le bacillus coli communis. A ce propos l'auteur s'élève contre l'hypothèse émise par le prof. Peter, de Paris, de la transformation possible du bacillus coli communis en bacille-virgule.

(1) Voir *Gazette médicale*, 5 novembre 1892.

M. Kirshner s'est occupé ensuite de la thérapeutique du choléra: il proscrit l'usage de l'opium, de ce médicament qu'on emploie pour communiquer aux animaux naturellement réfractaires au choléra, la réceptivité pour cette maladie. Il lui paraît tout aussi peu rationnel de prétendre parer aux déperditions de liquides, subies par l'organisme du cholérique au moyen de l'entéroclyse ou de l'hypodermoclyse. Ce n'est pas combattre utilement un incendie que de jeter du bois sur la maison qui brûle, fait remarquer l'auteur. En fournissant de l'eau à l'organisme du cholérique, on ne fait pas que ranimer le malade pour un instant ; mais on fait aussi participer à cette revivification passagère, les parasites contenus dans l'intestin, d'où aggravation souvent mortelle.

Deux indications seulement paraissent rationnelles à M. Kirchner : neutraliser les toxines sécrétées par les bacilles spécifiques, faire périr ceux-ci dans l'intestin, si possible. Les tentatives faites pour répondre à la première de ces deux indications n'ont pas donné grand résultat jusqu'ici. L'auteur se demande si on ne réussira point à satisfaire à la seconde indication, en injectant assez haut dans l'intestin, de l'eau chloroformée, ou une solution d'eau oxygénée, deux agents doués d'une action parasiticide très puissante, qui s'exerce notamment sur le bacille-virgule.

III. — Dans son service hospitalier, à Hambourg. M. Eisenlohr a pu expérimenter sur une assez grande échelle le traitement du choléra par les injections sous-cutanées et intraveineuses d'eau salée. Voici les résultats qu'il annonce:

Sur 189 cas de choléra parvenus au stade asphyxique et traités par les injections *sous-cutanées* d'eau salée, 65 se sont terminés par la guérison, proportion : 34 0/0. Sur 52 cas traités par les injections *intra-veineuses*, 11 se sont terminés par la guérison; proportion : 21 0/0. Sur 58 cas traités à la fois par les injections sous-cutanées et les injections intra-veineuses, 6 se sont terminés par la guérison ; proportion : 11 0/0. Pour l'ensemble de ces cas, qui se chiffre par 299, le nombre des guérisons a été de 82 ; proportion : 27 0/0. Si l'on rapproche ce résultat du taux de mortalité indiqué par Griessinger pour le choléra asphyxique, et qui est de 80 0/0, on peut se demander si la diminution de mortalité, constatée à Hambourg, est imputable à l'emploi des injections sous-cutanées et intraveineuses d'eau salée? M. Eiseulohr pose la question sans la résoudre.

D'autre part, le médecin de Hambourg a pu constater que l'injection d'une solution de tannin à 2 0/0 dans l'intestin (entéroclyse de Cantani) est inefficace, au stade algide de l'attaque de choléra. Elle ne prévient pas non plus l'algidité, quand elle est pratiquée au début de l'attaque. L'entéroclyse est utile surtout pour combattre la diarrhée profuse.

D'une façon générale, l'administration interne de l'opium a donné de mauvais résultats.

Le calomel administré à doses moyennes ou fortes a eu souvent pour effet de procurer une amélioration rapide, quand le médicament était administré à la période d'état. Il en a été de même du salol. L'administration interne de l'acide lactique n'a eu d'autres résultats que de provoquer des désordres gastriques.

Contre les vomissements incoercibles on a employé avec succès le chloroforme (10 gouttes); la résorcine a été moins efficace.

Aux bains chauds, qui paraissent aggraver l'adynamie car-

diaque, on a substitué les enveloppements chauds, sauf dans les cas de choléra à forme typhoïdique.

En somme, M. Eisenlohr incline à croire que les ressources actuelles de la thérapeutique laissent encore beaucoup à désirer, en tant qu'il s'agit de lutter efficacement contre le choléra asiatique.

IV. — M. Hoppe-Seyler a examiné, au point de vue de leur richesse en acides éthersulfuriques, les urines de plusieurs cholériques et de deux sujets affectés du choléra nostras. Il a constaté que, dans les cas de choléra asiatique, les urines renfermaient constamment une forte proportion d'indoxyl, principalement au sortir du stade algide. L'élimination de l'indoxyl était achevée au bout de quelques jours, en même temps que la sécrétion urinaire augmentait. En outre, aussi bien dans les cas de choléra nostras que dans les cas de choléra asiatique, la proportion d'acide éthersulfurique contenue dans les urines était accrue dans des proportions variables d'ailleurs. Ainsi qu'il résulte des résultats des analyses de l'auteur, cet accroissement de l'élimination de l'acide éthersulfurique était principalement en rapport, au début du moins, avec l'accroissement de l'élimination de l'indol. Or, ce dernier est un des principaux produits fabriqués par les bacilles-virgules. Comme, d'autre part, l'accroissement de la quantité d'acide sulfurique éliminée par les urines des cholériques a été constatée alors que déjà la formation de l'indoxyl était en baisse, il est à supposer que la première de ces deux substances provient en partie de processus de putréfaction qui prennent naissance dans l'intestin par suite de l'intervention de bactéries autres que le bacille-virgule.

Quant au reste, l'accroissement de production de l'indoxyl et de l'acide éthersulfurique n'est pas caractéristique du choléra asiatique, puisqu'il a été constaté également dans les deux cas de choléra nostras qui ont fait l'objet des recherches de M. Hoppe-Seyler.

A plusieurs reprises l'auteur a constaté la présence, d'une forte proportion d'éther acétique dans les urines examinées, lesquelles donnaient également la réaction de l'ammoniaque. Cette réaction était en rapport avec la forte élimination d'acides par les urines, qui, elle, concordait avec la diminution de l'alcalescence du sang.

Dans une note additionnelle, M. H. Quincke attire l'attention sur l'analogie de symptômes qui se révèle entre le choléra à forme typhoïdique, et le coma diabétique. Dans deux cas de choléra de cette nature, M. Quincke a pu constater une diminution notable de l'alcalescence du sang, qu'il attribue en majeure partie à une accumulation d'acides organiques dans le liquide. Il en résulte, pour M. Quincke, une indication à l'emploi des alcalins (citrate de soude, en lavement et en injections sous-cutanées).

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES, par M. le professeur W. EBSTEIN, directeur de la *Clinique médicale de Göttingen, etc...*; traduit de l'allemand par M. le Dr J. DAGONET, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne. 1 volume broché in-8. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Paris, 1892.

Aujourd'hui qu'à la suite des travaux incessants de la physiologie et de la chimie biologique, l'étude du diabète est arrivée à l'ordre du jour et que son origine et son traitement sont l'objet de l'attention des savants et des cliniciens, le volume très intéressant qu'a récemment publié la librairie Doin trouve sa place indiquée parmi les principaux ouvrages qui traitent de ce sujet. M. le professeur Ebstein a surtout cherché, ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface, à exposer sa manière de voir sur les régimes qui peuvent être recommandés aux diabétiques; mais avant de le faire, il a tenu à donner un aperçu historique sur les traitements du diabète sucré. Des divers traitements, il fait la critique d'après son expérience personnelle, critique dont il apporte la justification dans un chapitre où il met en évidence la théorie physiologique du diabète qu'il a adoptée.

Cet ouvrage est divisé en quatre chapitres, dont les trois premiers constituent le corps même du travail, et dont le quatrième, un chapitre supplémentaire, est attribué à diverses notes et remarques sur certains points particuliers.

Dans le premier chapitre, M. Ebstein donne un aperçu historique sur le traitement du diabète sucré et sur le régime des diabétiques. Les observations sur le diabète sucré sont plus fréquentes depuis ces dernières années; ce fait est dû à plusieurs causes. Il est dû à ce que la physiologie et la chimie ont pris, à notre époque, une très grande importance; et peut-être faut-il aussi penser que cette affection est plus commune aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois. On ne trouve guère la connaissance de l'urine sucrée que dans les écrits de Snéruta qui vivait environ au VIIe siècle. A cette époque, on connaissait aussi dans les Indes une maladie dans laquelle l'urine avait la couleur et le goût du sucre.

Est-ce du fait des relations qui existent entre l'Angleterre et les Indes depuis des siècles, toujours est-il qu'après l'observation d'un médecin anglais, Thomas Willis, que l'urine diabétique est sucrée, cette affection devint l'objet de nombreuses études. Cent ans seulement après Willis, Mattheus Dobson reconnut que le goût sucré de l'urine est dû au sucre.

Mais comme les symptômes les plus importants du diabète sucré étaient ignorés, le traitement ne pouvait être basé sur des bases bien solides. Bien que Dobson lui-même ait dit que le diabète est une affection générale avec une nutrition et une assimilation défectueuses, ce n'est qu'à l'Anglais Jean Rollo qu'on doit le premier traitement systématique, surtout diététique, retranchant l'alimentation végétale dans le diabète sucré. Il regardait cette maladie comme une affection de l'estomac qui transformait en sucre les aliments végétaux. Il préconisait en conséquence les aliments du règne animal et y ajoutait les alcalins, mais il insistait sur ce fait que ces aliments doivent être donnés à petites doses et seulement pour satisfaire l'estomac.

En France Dupuytren et Thénard appliquent la méthode de Rollo. Hope, Gérard, Christie, suivent à peu près la même méthode, à laquelle ce dernier ajoute l'usage de l'hydrothérapie. Mais d'autres médecins soulèvent des objections contre le régime animal dans le diabète sucré. Warren met au second rang le rôle du régime alimentaire animal et insiste sur les effets heureux de l'opium qu'avait observés Rollo. Marsh relègue également au second plan le régime animal; il fait remarquer en outre que l'opium, qu'il laisse au premier rang, n'exerce qu'une action passagère et à fortes doses; cette substance n'amène que rarement une guérison durable. Horn, en Allemagne, se prononce également contre le régime animal. Stosch veut qu'on traite le diabète suivant son étiologie;

le régime sera donc tantôt excitant et tantôt non excitant. La tendance se fait sentir de plus en plus de ne plus donner dans le diabète sucré un régime exclusivement animal.

W. Prout, en 1843, établit les règles de la variété dans l'alimentation des diabétiques, et Bouchardat tente de faire concorder le régime des diabétiques avec les exigences de la vie; il recommande le pain de gluten, les aliments herbacés, la graisse, et aussi la viande et les autres substances azotées mais en quantités modérées. L'alcool peut rendre des services, mais à petites doses. Pavy suit à peu près la même méthode, mais se prononce contre la petite quantité des boissons; au contraire, les liquides sont utiles à la condition qu'ils ne contribuent pas à augmenter le sucre par le fait de leur composition. Avec Bouchardat et quelques-uns des auteurs précédents, il favorise les mouvements actifs et passifs. Seegen, de Carlsbad, permet l'usage modéré des choux-fleurs, des carottes, des navets, et même du pain, que défend Pavy.

Jaccoud est d'accord avec Bouchardat, et accepte son régime, sauf dans les cas où la glycosurie est produite par l'alimentation amylacée. Il montre l'insuccès des traitements des formes graves de diabète; il insiste pour établir brusquement le régime. Trousseau pense qu'il faut s'abstenir d'une alimentation trop riche en azote, il ne mentionne point les graisses, non plus que Jaccoud d'ailleurs. Chambers recommande l'usage de la viande ainsi que Cantani. Les alcalins sont de bons adjuvants.

Tel est le contenu du premier chapitre, qui donne une vue d'ensemble très instructive des divers traitements tentés contre le diabète. Dans le chapitre II, l'auteur fait la critique des régimes appliqués au traitement du diabète sucré d'après son expérience personnelle. Ce n'est point d'un façon théorique qu'il faut instituer un régime. Il faut d'abord étudier son malade et appliquer le traitement qui doit être institué dès le début de la maladie, et même être indiqué, au point de vue de l'alimentation, aux individus simplement prédisposés au diabète; dans toutes ces considérations, on doit tenir compte de l'âge, de la constitution goutteuse, des tares psychopathiques.

Dans la pratique médicale, fait remarquer M. Ebstein, on prend habituellement comme bases d'appréciation pour la gravité du diabète: 1° la quantité plus ou moins grande de sucre éliminé par les urines; 2° la diminution plus ou moins rapide du sucre à la suite des régimes alimentaires. En réalité, le point important est constitué, pour le pronostic, par l'impossibilité d'arriver à la suppression totale du sucre dans les urines, dans un court espace de temps et à l'aide des régimes appropriés, c'est-à-dire en supprimant les hydrates de carbone. Mais la diminution des aliments contenant ces hydrates doit être proportionnée à la gravité de la maladie. Chez les malades menacés de coma diabétique l'institution brusque du régime albumineux est périlleuse, parce que ce régime est suivi d'une production plus considérable d'acide acétique dans le sang.

On devra donc procéder par tâtonnement pour établir un régime, chez les malades obèses qui ont conservé leurs forces musculaires et dont le diabète est léger, la diminution rigoureuse et même la suppression complète des aliments non azotés n'amèneront point l'inanition si dangereuse chez cet ordre de malades. Mais il ne faut pas être aussi absolu dans certaines complications et surtout dans le cas d'albuminurie.

Dans tous les cas de diabète, il faut réglementer la quantité des hydrates de carbone que l'on remplace par une certaine quantité de graisse. Cette substitution sera faite avec une certaine prudence dans le cas de diabète maigre; car les diabétiques ont, eux aussi besoin de carbone.

M. Ebstein fait remarquer qu'il est très difficile d'appliquer un régime purement animal et il établit les règles précises du régime albumineux chez les diabétiques. Il entre ensuite dans de nombreux détails sur les graisses qui sont, parmi les aliments non azotés, les plus avantageux de tous pour les diabétiques; sur les légumes, les substances gélatineuses, les succédanés du pain, dans l'alimentation des diabétiques. Il étudie, ce point de vue, la valeur du pain de gluten, du pain d'aleurone, des diverses boissons, thé, café, cacao, alcools, etc., etc... Il n'oublie point les autres règles à suivre dans le diabète, les soins de la peau, l'hydrothérapie, les vêtements, les changements d'air et d'occupations; les mouvements actifs, la gymnastique suédoise, et les autres exercices musculaires, actifs et passifs. Il insiste à juste titre sur le traitement moral, les voyages, et entre en quelques considérations sur les stations balnéaires et climatériques, le climat des Alpes, l'Engadine, etc...

Il est impossible de résumer les raisons sur lesquelles se base M. Ebstein pour établir et fixer un régime. Comme il le dit lui-même, c'est d'après son expérience personnelle et d'après l'aspect des cas différents qu'il se guide. Dans le chapitre III, il donne la justification théorique des règles qu'il a exposées dans le chapitre précédent. Sa théorie du diabète est fondée sur les troubles d'oxydation profonds, dus à certaines conditions pathologiques du protoplasma; c'est là, dit-il, la meilleure explication des deux principaux symptômes du diabète sucré, la glycosurie et l'exagération de la destruction de l'albumine. Cette oxydation imparfaite se manifeste par une production moindre d'acide carbonique dans les tissus, sans rapport avec la quantité d'aliments pris par le malade.

En somme, l'état du diabétique est assez semblable à celui d'un homme affamé, avec cette différence que le diabétique, malgré l'énorme quantité d'aliments qu'il prend, a toujours faim et qu'il maigrit constamment comme l'affamé. L'état de faim diminue l'absorption d'oxygène et l'élimination d'acide carbonique. En effet, ainsi que Hofmeister l'a montré, on peut, par une alimentation insuffisante ou la suppression complète des aliments, produire régulièrement chez le chien ces troubles de nutrition qui, pour Worm Müller, caractérisent le diabète.

Le diabète pancréatique, non plus que celui créé par l'ablation du corps thyroïde ou d'une quelconque des glandes salivaires, n'arrête pas longtemps l'auteur. Il ne les considère point comme prouvés, et s'attache surtout à l'altération du protoplasma comme cause de cette affection.

En ce qui concerne les médicaments, M. Ebstein les juge en quelques mots: ils peuvent tout au plus combattre ou améliorer un trouble secondaire.

Le chapitre IV ou chapitre supplémentaire contient quelques aperçus sur les notes ou remarques que l'auteur a faites au cours de son travail.

En résumé, l'ouvrage de M. Ebstein est des plus utiles à consulter, car l'étude raisonnée d'une maladie telle que le diabète, avec son étiologie, sa symptomatologie, son traitement, reste d'une grande importance, quelle que soit la théorie adoptée. L'aperçu historique que contient le premier chapitre présente un grand intérêt, car il permet de voir, dans un coup d'œil d'ensemble, les théories successives adoptées par les

médecins des divers âges et les traitements qu'ils en ont déduits.

R. F.-M.

BULLETIN

Malgré sa faible durée et sa médiocre diffusion, la récente épidémie cholérique a été pourtant assez instructive, et on peut déjà en tirer quelques renseignements utiles, tant au point de vue spécial de la prophylaxie qu'à celui non moins élevé de la thérapeutique. En ce qui concerne la prophylaxie, il n'y a que peu de chose à dire après tout ce qui a été répété et imprimé dans les articles consacrés à cette grande question. Il nous suffira de constater que les efforts des hygiénistes paraissent avoir produit cette fois un résultat heureux, ainsi qu'en témoigne surabondamment la prompte extinction des foyers signalés, soit dans la grande agglomération parisienne, soit en province. Il y a là incontestablement un gage et une garantie pour l'avenir, et l'on peut dès maintenant envisager avec confiance l'éventualité d'un réveil possible de la maladie.

Dans cet ordre d'idées, il y a progrès, et progrès incontestable, définitif: d'ailleurs rien ne s'oppose à ce que nos acquisitions sur ce point soient ultérieurement parachevées, perfectionnées, de manière à permettre d'organiser la lutte dans des conditions encore plus avantageuses, au cas assez probable d'une recrudescence ou d'une réapparition du fléau asiatique.

La thérapeutique n'a peut-être pas réalisé autant de progrès que la prophylaxie, et pourtant il semble qu'elle ait bénéficié des observations recueillies dans les divers centres hospitaliers où les cholériques avaient été rassemblés. D'abord ces observations ont permis de catégoriser les formes de la maladie avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusque là. D'un autre côté, elles ont réduit à leur véritable valeur certaines opinions anciennes, acceptées sans contrôle suffisant, concernant la valeur de quelques médicaments d'usage classique et traditionnel. C'est ainsi que l'on a pu reconnaître l'inefficacité, pour ne pas dire le danger des préparations opiacées, si fort en honneur autrefois. L'expérience récente n'a guère justifié leur ancienne vogue et on peut se demander si l'opium mérite encore de figurer dans l'arsenal anticholérique. Assurément le crédit dont ce médicament a joui si longtemps, s'appuyait sur l'empirisme bien plus que sur une conception exacte de la nature du choléra. Or, c'est précisément cette conception, telle qu'elle résulte des travaux récents, qui est venue contredire l'opportunité des opiacés, et qui en a fait restreindre l'emploi.

Par contre, les médicaments dont le mode d'action est subordonné à un pouvoir antiseptique, réel ou supposé, comme l'acide lactique, le salol, le naphtol, etc..., ces médicaments ont bénéficié de la théorie microbienne et ont pris ainsi la place prépondérante dans le traitement pharmaceutique du choléra. Cette faveur a-t-elle été véritablement justifiée? On peut, croyons-nous, répondre d'une manière à peu près négative. Dans la plupart des services hospitaliers consacrés aux cholériques, l'antisepsie intestinale a été la base du traitement, et pourtant les médecins qui ont écrit la relation de l'épidémie ont tous exprimé des doutes sur son efficacité. Chargé nous-même d'un service spécial dans un hôpital du centre, nous avons suivi la pratique générale, et nous devons reconnaître que cette thérapeutique n'a exercé qu'une action assez incertaine. Faut-il faire intervenir ici l'absorption, et doit-on croire que l'insuccès des antiseptiques chez les cholériques tient au ralentissement que cette grande fonction présente chez eux? Le fait bien démontré du ralentissement de la circulation, dans une certaine période du choléra, donne à cette hypothèse une assez grande probabilité. On peut d'ailleurs appliquer cette dernière objection aux médicaments introduits par la voie sous-cutanée, et on peut se demander si les injections hypodermiques d'éther et de caféine, pourtant si conformes aux indications générales, atteignent réellement leur but en pareil cas. Nous avons conservé quelques doutes sur ce point, après avoir pratiqué ces injections chez près de 60 malades : dans aucun cas nous n'avons constaté sous leur influence d'effet thérapeutique bien marqué. Du reste nos collègues semblent adhérer en majorité à cette réserve fondée sur l'examen attentif des faits. Mêmes restrictions en ce qui concerne les injections de suc testiculaire, avec lesquelles plusieurs médecins avaient espéré pouvoir modifier avantageusement les symptômes adynamiques de la maladie. Ces injections n'ont paru avoir aucune influence marquée, ni sur le pouls, ni sur le retour des forces, etc. Nous les avons pratiqué nous-même chez un cholérique dont la convalescence était entravée par des symptômes graves de prostration et de neurasthémie, sans obtenir d'effet appréciable. Il convient d'ajouter pourtant qu'un médecin russe, Ouspensky, affirme avoir pu guérir 8 malades sur 10 par ce moyen. Mais la conclusion à peu près uniformément négative des autres observateurs enlève à ce fait une grande partie de sa valeur.

Dans l'ordre d'idées qui se rattache à l'antisepsie, on a essayé aussi le lavage de l'estomac et de l'intestin. Cette pratique a été expérimentée assez largement en Allemagne, pays des innovations thérapeutiques hasardeuses et souvent irréfléchies. On peut douter de son efficacité et de son avenir, car, outre les difficultés d'exécution qu'elle présente, elle ne cadre guère avec l'opinion actuellement dominante, d'après laquelle le choléra serait une intoxication générale de l'économie, bien plutôt qu'une infection exclusivement intestinale. Ces réflexions s'appliquent également au lavage du péritoine, tenté de différents côtés, et notamment à l'hôpital Saint-Antoine. Cette méthode n'est certes pas plus rationnelle que le lavage de l'intestin, et les avantages assez problématiques qu'on attend d'elle ne compensent nullement les risques infligés par le traumatisme opératoire et par la mise à nu de la grande séreuse abdominale.

Parmi les symptômes fondamentaux qui, chez les cholériques, commandent les grandes indications, les phénomènes d'ordre nerveux, dont l'importance est prépondérante et même capitale, seront toujours l'objet de la plus vive préoccupation de la part des médecins. Préoccupation légitime, car ce sont ces phénomènes qui, mieux que tous les autres, donnent la mesure et la note de la gravité de la maladie. Dans cet ordre de faits, deux moyens sont à recommander particulièrement, comme ayant fait largement leurs preuves : ce sont les *bains chauds* et la *transfusion* intra-veineuse de sérum artificiel. Le bain chaud (40° à 45°), répété au besoin plusieurs fois par jour, a l'avantage incontestable de diminuer la cyanose et l'algidité et de faire disparaître les crampes, deux phénomènes en quelque sorte solidaires et physiologiquement connexes. Cette action sédative et modificatrice de la circulation est à peu

près constante, de plus elle est presque immédiate et c'est pourquoi les malades, qui en éprouvent un soulagement visible, la recherchent avec empressement. Notre conviction sur l'utilité de cette pratique du bain chaud est si bien faite, depuis la dernière épidémie, que, le cas échéant, nous serions disposé à faire de l'application de ce moyen la première condition de notre intervention thérapeutique. Pour être juste, nous devons reconnaître pourtant que l'on a opposé quelque objections à l'application uniforme et systématique de ce moyen, objections tirées de l'éventualité de certains phénomènes d'ordre nerveux d'apparence assez inquiétante. MM. Siredey et Mathieu, notamment, ont cru pouvoir mettre sur le compte de la balnéation quelques accidents convulsifs et épileptiformes observés consécutivement. Nous soulignerons volontiers cette remarque et les restrictions qu'elle implique, bien que notre expérience personnelle ne nous ait pas mis à même d'observer ces faits contradictoires.

En ce qui concerne l'utilité de la transfusion, l'accord est à peu près universel, et s'il subsiste des divergences, elles ne portent guère que sur des points de détail tels que la détermination du moment opportun pour l'opération, la quantité de liquide à injecter, etc., etc. Il est bien entendu que nous parlons ici exclusivement de l'injection intra-veineuse, d'après le procédé de M. Hayem ; nous écartons systématiquement une autre pratique préconisée par quelques-uns, la transfusion par simple absorption sous-cutanée. Il n'y a guère de comparaison à établir entre ces deux méthodes, car la première a pour elle une sûreté et une rapidité d'action qui fait complètement défaut à celle dont on voudrait faire sa rivale. L'injection intra-veineuse produit des effets incomparablement supérieurs et l'on n'émet pas une affirmation exagérée quand on dit qu'elle produit de véritables *résurrections*. Nous pouvons affirmer que cette dernière expression est scientifiquement exacte, pour avoir constaté nombre de fois les bienfaits de la transfusion dans le service dont nous étions chargé. C'est le relèvement du pouls, déjà nul ou insensible, la disparition de la cyanose, le retour des forces et le réveil du malade qui reprend dans l'espace de quelques minutes toutes les apparences de la vie, etc. Dût-elle n'avoir d'autre effet que de procurer cette prolongation temporaire de l'existence, la transfusion intra-veineuse rendrait encore un service inappréciable. Aussi peut-on dire en toute vérité que, par la conception et la vulgarisation de sa méthode, M. Hayem a bien mérité de la thérapeutique. Tous ceux qui ont observé avec impartialité les résultats des différentes médications s'associeront à ce jugement et reconnaîtront avec nous que nul moyen ne vaut la transfusion quand il faut agir et lutter contre la mort imminente. Grâce à cette méthode, la thérapeutique du choléra a fait une véritable conquête, par laquelle on pourra peut-être, dans les épidémies de l'avenir, abaisser progressivement le chiffre obituaire d'une maladie qui n'a guère été dépassée jusqu'ici dans l'échelle de la mortalité.

P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Hystérie.

1° Huile de térébenthine } àâ 15 grammes.
— ricin }

A prendre le matin, une fois par semaine.

Ou bien :

2° Poudre d'assa fœtida........ 8 grammes.
— de myrrhe........ —
Salicylate de soude........ 4 —
Pour 20 capsules.

En prendre 1 une heure après les repas et 1 avant de s'endormir, le soir.

(W.-H. Thompson, *New-York Med. Record*, 9 avril 1892.)

Pilules contre les douleurs post-partum ou coliques utérines.

Sulfate de quinine.....	0,75 centigrammes.
Poudre d'opium	0,40 —
Extrait de trifolium.....	q. s.

Pour 15 pilules.

1 pilule toutes les deux ou trois heures, jusqu'à cessation des douleurs.

(Rutherford, *the Times and Register*, 22 oct. 1892.)

Résorcine dans l'impaludisme.

Résorcine........	12 grammes
Teinture d'eucalyptus........	30 —
Sirop de citron........	60 —
Eau........	30 —

Prendre 1 cuillerée à café de cette potion trois fois par jour.

(S. Wolfe, *Amer. Therapist in Med. Record*, 22 oct. 1892.)

Prurit.

Menthol........	4 grammes.
Alcool........	30 —
Eau........	60 —
Acide acétique dilué........	120 —

En lotions à l'aide d'une éponge.

(*Med. and Surgical Reporter in the Clinical Journ.*, 2 nov. 1892.)

Contre l'excès d'acide urique dans les urines.

Piperasine........	1 gramme.
Eau distillée	150 —
Sirop d'écorces d'oranges amères........	20 —

A prendre dans la journée. La pipérasine agirait comme un dissolvant de l'acide urique.

(M. J.-H. Brit. *New-York Med. Record*, 9 avril 1892.)

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 27 octobre 1892, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. de Boyis (Marie-René-Victor), Besson (Charles-Albert-François), Dettling (Georges-Édonard), Tostivint (Jean-Marie-Désiré), Denoy (Julien-Élie), Pécheux (Henri-Constantin), Muller (Louis-Pierre), Vallet (Joseph-Marie-Gabriel), Le Mitouard (Alfred-Gustave-Marie), Terse (Léonce-Clément-Louis), Viguié (Gaston), Lefort (Édouard-Auguste-Marie Joseph) Lions (Louis-Paul), Bronner (Jacques-Léonard-Maurice), Beauxis-Lagrave (Romain-Eugène-Dominique), Saltet (Paul-Antoine), Roqueplo (Antoine-Anatole-Joseph), Coupry (Théodule-Jean-Georges), Vidal (François-Anne-Albert), Le Roux (Auguste), Parent (Jean-Paul-Marie), Crépet (Gabriel-Louis-Gustave), Jaulmes (Louis-Sully), Job (Ruben), Visbecq (Fer-

nand-Maximilien-Hippolyte), Rémond (Auguste-Ernest), Pégurier (Marie-Clément-Albert), Capillery (Charles), Pourrat (Joseph-Aimé-Marie-Louis), Fanre (Noël-Martial-Edmond), Azaïs (Jean-Pierre-Marie-Charles), Marie (Henri-Antoine-Pierre), Albouze (Eugène-Philippe), Tourtarel (Joseph-Louis), Dreyfus (Camille), Malaval (Odilon-Augustin), Dercle (Charles), Ursmar, Ronquette (Paul-Joseph), Finot (Charles), Fournial (Fortuné-Philippe), Mac-Auliffe (Victor-Jean-Benoît), Raynaud (Paul), Boucabeille (Louis-Justin-Jean-Baptiste), Bonnette (Pierre-Joseph-Hilaire), Dellac (Jean-Marie-Pierre-Joseph), Lohmer (Henri-Félix-Louis), Marcel (Auguste-Marie), Eybert (Julien-Fernand-Paul), Caënens (Honoré-Noël-Hilaire), Silvestre (Théodore-Marie-Émile), Chanaud (Laurent-Joseph-Jacques-Bernard), Bizouard (Jules-Édouard), Rocheron (Maurice-René-Désiré), Vouigre (Denis-Joseph-Antoine-André), Vernet (Pierre-Louis-Jérôme), Castaing (Marie-Émile-Paul-Henri), Merlin (Joseph-Marius), Fohanno (Léon-Jean-Eugène-Constantin), Fontaine de Prelle (Marie-Louis-André-Eugène), de Libessard (Henri-Eugène).

— Par décret en date du 28 octobre 1892, ont été promus au grade de directeur du service de santé: MM. Auffret (Charles-Jacques-Émile), médecin en chef, au grade de médecin en chef, les médecins principaux : MM. Bertrand (Edmond-Isidore-Louis), Manson (Louis-François-Zéphirin); au grade de médecin principal, les médecins de première classe: MM. Vantalou (Jean), Ortal (Pierre-Louis-Albert), Riche (Auguste-Charles-Fernand); au grade de médecin de première classe, les médecins de deuxième classe: MM. L'honen (Louis-Marie), Suard (Marie-Eugène-Paul), Grognier (Jean-Joseph-Baptiste-Lazare), Barbolain (Jean-Baptiste).

— Par décrets en date du 31 octobre 1892 ont été nommés:

Faculté de médecine de Paris. — M. Tillaux, professeur de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Arnozan (Charles-Louis-Xavier), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique; M. Ferré (Jean-Hippolyte-Gabriel-Paul), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de médecine expérimentale.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Ville (Jules-Joseph-Mathieu), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale.

Hôtel-Dieu. — MM. Rochon Duvigneaud et Terson commenceront le 18 novembre à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie qui comprendra :

Ophtalmoscopie et réfraction (avec examen de malades).

Anatomie normale et pathologique de l'œil et de ses annexes avec notions de bactériologie (démonstration de pièces et notions pratiques de technique).

Les cours continueront tous les jours à la même heure.

S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

Gynécologie. — Le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie, le 14 novembre à 2 heures, à sa clinique, 9, rue de Savoie, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Les auditeurs sont admis à examiner les malades.

Chemin de fer d'Orléans (hiver 1892-1893). — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn.* Tarif spécial G. V., n° 106 (Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : 15 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou hivernale, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de dix jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de dix jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

AVIS. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le régime des diabétiques, par M le professeur W. Ebstein, directeur de la Clinique médicale de Göttingen. Traduit de l'allemand, par le Dr J. Dagouet, médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne. — Un volume in-8° de 200 pages. — Prix : 5 francs.

Paralysies et contractures hystériques, par le Dr Paul Richer, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine. — Un volume in-8° de 225 pages avec 32 figures dans le texte. — Prix : 5 francs.

Traité des rétrécissements de l'urèthre, par le Dr P. Hamonic, ancien interne des hôpitaux de Paris. Précédé d'une préface de M. le professeur Tillaux. — Un gros volume in-8° de 632 pages avec 107 figures dans le texte. — Prix : 12 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 OCTOBRE 1892

Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 0. — Rougeole, 1. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 24. — Affections cholériformes, 4. — Phtisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 65 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 52. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 36. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 70. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 28. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 9. — Total : 956

Le Rédacteur en chef et gérant : **F. de Ranse.**

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e ANNÉE. 8e SÉRIE, TOME I — N° 47 — 19 NOVEMBRE 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE CLIMAT MARIN ET LA SCROFULE DANS LES ÎLES DE LA CÔTE BRETONNE,

Par M. G. VARIOT,
médecin des hôpitaux.

L'influence bienfaisante et curative du climat marin sur les manifestations légères ou graves de la scrofule, est reconnue par les médecins aussi bien que par le public.

A lui seul, l'air marin a une importance de premier ordre dans le traitement maritime. « Par son action excitante, a dit le Dr Perrochaud, de Berck, il imprime à l'économie une stimulation générale, qui agit sur toutes les fonctions. » L'aire respiré au bord de la mer est en effet plus vif, parce qu'il est incessamment renouvelé par les vents qui soufflent avec plus de force que dans l'intérieur des terres. L'athmosphère est aussi plus pure, moins chargée en germes microscopiques, et elle contient une notable quantité d'ozone, ainsi que du chlorure de sodium dissous dans la vapeur d'eau. Cette composition un peu spéciale de l'air marin, son renouvellement incessant, expliquent l'excitation générale de la nutrition, la suractivité des combustions, que l'on remarque particulièrement sur les enfants des grandes villes, transportés sur les plages. Le bain d'air, l'aérothérapie marine aurait une efficacité égale et peut-être supérieure à celle des bains d'eau de mer.

C'est surtout depuis le commencement de ce siècle que l'action curative du climat marin dans la scrofule est acceptée presque universellement.

Je pourrais citer l'opinion générale des médecins d'enfants, français et étrangers, les plus éminents, recommandant le traitement maritime dans la scrofule. Mais, pour bien montrer que l'accord est complet sur cette question de thérapeutique, il me suffira de rappeler, qu'en France, aussi bien que dans toute l'Europe et le Nouveau-Monde, on a construit des établissements sanitaires au bord de la mer, des sanatoria pour soigner les enfants scrofuleux. Nous trouvons dans le consciencieux ouvrage du Dr Cazin (*De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.* Paris, 1885) l'énumération et la description de ces sanatoria qui se multiplient tous les jours.

En France, nous avons le grand établissement de Berck, dépendant de l'Assistance publique de Paris, et aussi d'autres hôpitaux maritimes moins importants, publics ou privés, à Nice, à Cannes et ailleurs.

En Angleterre, l'Infirmerie royale de Margate est la première en date, mais, depuis sa création, d'autres sanatoria ont été aménagés sur divers points de la côte.

Vers 1865, le Dr Borellaï fut, en Italie, l'apôtre des hôpitaux maritimes ; par son entraînante parole, par l'ardeur de sa charité il contribua à la fondation d'un très grand nombre de sanatoria échelonnés sur le littoral, pour recueillir, pendant un temps limité, les enfants scrofuleux.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Marat inconnu, par le Dr Cabanès. In-18, vi, 328 p. ; Paris, 1891. — II. Les Pendus, par Paul Sébillot. In-8, 19 p. ; Vannes, 1891. — III. Cachet inédit de l'oculiste Gentianus, par le Dr O. Guelliot. In-8, 12 p. ; Reims, 1892. — IV. Les médecins des pauvres et la santé publique en Flandre et particulièrement à Roubaix, par M. Alexandre Faidherbe fils. In-8, 155 p ; Roubaix, 1889. — V. Notes médicales sur l'ancienne Flandre, par M. A Faidherbe : 1. les hôpitaux. In-8, 35 p. ; Lille, 1889. 2° les médecins des princes ; 3° les apothicaires. In-8°, 39 p. ; Lille, 1890. 4° les accouchements en Flandre avant 1789. In-8, 51 p. ; Lille, 1891. 5° Traditions religieuses du corps médical. In-8, 24 p. ; Lille, 1892. — VI. Notes sur la médecine à Béthune avant 1789, par M. Alexandre Faidherbe fils. In-8, 41 p. ; Roubaix, 1891. — VII. Les médecins et les chirurgiens en Flandre avant 1789. (Thèse de doctorat.) In-8, 347 p. ; Lille, imp. Danel, 1892, par M. Alexandre Faidherbe. — VIII. Inventaires d'anciennes pharmacies dijonnaises (xve siècle) publiés avec des notes, par le Dr Paul Dorvaux, avec une introduction, par M. Léon Kauffeisen. In-8, 29 p. ; Dijon, 1892. — IX. L'université de Pont-à-Mousson (1572-1768), par l'abbé Eugène Martin. In-8, xix, 456 p. ; Paris, Nancy, 1891.

Le titre du livre de M. Cabanès indique bien quelle est la pensée de son auteur. Ce n'est pas Marat le tribun, le célèbre et redouté conventionnel dont il a voulu écrire l'histoire, mais il a existé un Marat médecin, philosophe, savant, l'ami de la nature et de la campagne dont « les plus doux plaisirs sont « ceux qu'il a trouvés dans la méditation, dans ces moments « paisibles où l'âme contemple avec admiration la magnifi- « cence du spectacle de la nature », ainsi s'exprime Marat, parlant de lui-même, dans l'*Ami du peuple*.

Le travail de M. Cabanès poursuit ce seul but, nous dit-il, dans son avant-propos : « Aider les historiens futurs à écrire,

En Allemagne, en Danemark, en Hollande, en Russie, en Amérique, partout nous trouvons des hôpitaux maritimes pour enfants.

Ces idées dominantes parmi les médecins sur la cure de la scrofule ont pénétré dans le grand public qui les a acceptées; il est bien peu de familles aisées, à Paris, qui ne se décide à aller passer la belle saison sur nos plages de Normandie ou de Bretagne, avec l'espoir de raffermir la santé des enfants délicats, débiles, lymphatiques ou scrofuleux.

Cependant, des objections graves ont surgi depuis longtemps contre l'efficacité du climat marin dans le traitement de la scrofule.

Puisque l'air qu'on respire au bord de la mer a des propriétés toniques et reconstituantes si avantageuses, comment expliquer que la population maritime qui vit constamment dans cette atmosphère, ne soit pas tout à fait à l'abri des manifestations scrofuleuses?

Hamilton avait déjà remarqué que la scrofule était très répandue parmi les habitants de la ville côtière où il exerçait son art.

Au Lido, il y a un hospice pour les petits scrofuleux de Venise qui naissent cependant sur les lagunes.

Le Dr Gibert, du Havre, a observé dans le dispensaire qu'il a installé pour la population pauvre du port, 251 strumeux sur 1.000 enfants soignés.

Enfin, il est généralement reconnu que dans certains villages de la côte bretonne la scrofule est une maladie commune parmi les enfants.

J'ai voulu faire une enquête personnelle sur la diffusion des manifestations scrofuleuses dans la population maritime bretonne. Le but de cette enquête n'a pas été d'accumuler des faits, pour battre en brèche les notions très justement acquises sur l'utilité curative du climat marin; mais, au contraire, d'étudier, d'analyser les conditions diverses qui viennent entraver l'action excitante et tonique de l'air de la mer chez les enfants qui, naissant et vivant dans cette atmosphère, devraient être prémunis contre la scrofule.

Il est bien évident que l'on doit arriver à préciser les causes complexes qui interviennent pour produire les accidents strumeux, si l'on veut poser des règles hygiéniques pour la prophylaxie de la scrofule, et corroborer par d'utiles indications le traitement maritime de la maladie.

Je n'ai pas cru pouvoir choisir un meilleur terrain pour une étude de ce genre que les îles de notre côte bretonne. La population de ces îles jouit du climat marin le plus intense, on peut même dire le plus rigoureux.

Séparées du continent par d'étroits bras de mer ou par des chenaux de quelques kilomètres d'étendue, Ouessant, Sein, Groix, Bréhat, etc., n'ont que des communications limitées avec les villes ou les villages de la côte, surtout dans la mauvaise saison.

Les insulaires, peu nombreux d'ailleurs, ont conservé une certaine autonomie de mœurs et de coutumes; ils se mêlent rarement par des alliances avec la population côtière, ils ont une vie sociale très simple.

M. le ministre de l'Instruction publique a bien voulu me faciliter la tâche que je m'étais imposée, en me confiant un mandat officiel pour aller inspecter l'état sanitaire de nos îles bretonnes. Ainsi j'ai pu visiter les écoles et obtenir le concours de MM. les maires et les instituteurs qui m'ont fourni d'utiles renseignements.

A Ouessant et à Sein, j'ai trouvé dans les médecins résidents de la marine d'excellents confrères connaissant parfaitement les maladies qu'ils sont appelés à soigner quotidiennement.

Enfin, j'ai été reçu avec une extrême urbanité par les fonctionnaires des ponts et chaussées. Bien souvent j'aurais été retardé dans mes traversées, si je n'avais pu profiter des bateaux à vapeur qui font le service des phares et balises sur la côte.

Dans toutes les îles bretonnes que j'ai visitées, j'ai rencontré un certain nombre d'enfants scrofuleux: la proportion en est assez variable suivant les îles. Les résultats de mon inspection rapide ont été confirmés par MM. les médecins de la marine, Allain à Sein et Caraës à Ouessant.

J'ai pu également vérifier la justesse des observations antérieures faites par les Drs Gouzien, Bohéas et Lejane, qui ont publié des monographies fort intéressantes sur les maladies régnantes à Sein, à Ouessant et à Groix. Ces trois auteurs ont déjà signalé la fréquence de la scrofule et de la tuberculose parmi les populations insulaires. La coïnci-

---

une biographie complète et définitive d'un homme dont le rôle n'a, jusqu'à ce jour, jamais été bien déterminé. »

A vrai dire, Marat médecin n'est point inconnu des médecins, et ses ouvrages scientifiques, 12 volumes ou brochures: sur l'homme ou de l'influence de l'âme sur le corps, l'électricité médicale, le feu, la lumière, l'optique, se trouvent dans toutes les bibliothèques médicales, mais, il faut bien le reconnaître, Marat médecin n'a point inspiré, jusqu'alors, les historiens et les commentateurs, adversaires ou partisans: c'est l'homme politique aux actes retentissants et à la mort dramatique, qui a été l'objet de leurs ouvrages. D'autre part, l'analyse psychologique de Marat a tenté plus d'un écrivain, mais la plupart, étrangers à l'étude de laphysiologie, si nécessaire pour une semblable étude, sont demeurés certainement sur les confins de la vraisemblance. Enfin, dominés par le rôle politique de l'homme, pendant huit années, peu se sont inquiétés des vingt années précédentes.

Ces vingt années (au moins) doivent intéresser davantage l'historien médecin, que les huit autres. Ce sont celles-là qui sont étudiées dans le livre de M. Cabanès: suivons-les, avec l'auteur, en insistant sur les points douteux, dans l'espérance que quelque lecteur de la *Gazette médicale*, ami des études historiques, nous aidera à les élucider.

Le premier chapitre du livre que nous avons sous les yeux est consacré à la famille de Mara. M. Cabanès a interrogé toutes les sources, il a trouvé chez les descendants de cette famille des documents inédits, mais rien, jusqu'alors, ne donne l'explication de l'addition du *t* au nom de Mara. Quand et pourquoi ce nom a-t-il été écrit Marat, personne n'en sait rien. Quel en est le premier document authentique, qui porte l'orthographe adoptée? Ne pourrait-on pas s'adresser aux écoles qu'il a fréquentées? Premier point à élucider. Je voudrais que l'on fouillât davantage la généalogie de Mara. Il y a eu des Mara littérateurs, des Mara artistes; qui sait?

Marat, né en Suisse, y fait toutes ses études à Neuchâtel et à Genève; puis il voyage en France, en Angleterre, en

dence, la simultanéité des manifestations scrofuleuses et tuberculeuses n'ont pas lieu de nous étonner là plus qu'ailleurs, puisque la scrofule n'est qu'une tuberculose atténuée ou circonscrite; les tuberculeux engendrent bien souvent des scrofuleux et réciproquement; la proportion de la scrofule dans l'enfance, correspond en général à celle de la tuberculose dans l'âge adulte. Avant d'exposer dans le détail les observations que j'ai faites ou contrôlées dans les îles bretonnes, il me paraît utile de rappeler les principales causes qui peuvent intervenir dans le développement de la scrofule.

Si ces populations maritimes sont aussi éprouvées que les autres par la scrofulo-tuberculose, c'est que de nombreuses conditions sont accumulées pour contre-balancer l'action bienfaisante du climat marin.

Dans la scrofule, les phénomènes généraux de la nutrition sont abaissés; les échanges moléculaires de l'assimilation et de la désassimilation sont troublés d'une façon telle, que les lésions légères ou graves des tissus n'ont que peu de tendance à la réparation, les suppurations du tissu cellulaire sont fréquentes, lentes, interminables; les engorgements ganglionnaires sont faciles et longs à se résoudre, les inflammations des synoviales prennent une allure torpide, les ostéites sont communes, les lésions de la peau ont des caractères spéciaux. Les exsudats, les produits inflammatoires se caséifient; le terrain est tout préparé pour recevoir le bacille tuberculeux qui vient jouer son travail destructeur circonscrit.

Cette aptitude aux manifestations scrofuleuses, cette réceptivité pour le bacille tuberculeux est bien souvent innée. Les générateurs transmettent au rejeton, par l'intermédiaire des germes mâles et femelles, une constitution organique débile; la ressemblance pathologique n'est pas plus contestable que celle des traits de la physionomie et du système nerveux; il est vrai qu'elle est soumise aux mêmes variations infinies.

Les lois de l'hérédité ne perdent jamais leurs droits; des parents scrofuleux ou tuberculeux ont bien des chances de procréer des enfants prédisposés à ces maladies. Un père affaibli par l'intoxication alcoolique, une mère surmenée pendant la grossesse par des fatigues de tout genre, auront souvent des enfants chétifs et malingres.

Dans les îles, les effets du consanguinisme et de l'hérédité morbide sont plus évidents que partout ailleurs; presque tous les insulaires se marient entre eux; les alliances se font ordinairement entre gens du même village, du même hameau, de la même famille. A l'île d'Onessant il n'y a qu'un petit nombre de noms patronymiques pour tous les habitants.

Mais il ne faut pas faire une part trop grande à l'hérédité. Si l'enfant naît avec des prédispositions à la scrofule, il est bien rare qu'il naisse vraiment scrofuleux.

De même que les qualités physiques ou intellectuelles peuvent être développées par l'éducation, par les conditions complexes de milieu dans lesquelles vit un enfant; de même aussi les aptitudes pathologiques n'entrent en activité que si elles sont favorisées par un mauvais fonctionnement des organes. La bonne nutrition résulte d'une heureuse harmonie fonctionnelle des appareils organiques, qui tous sont influencés au plus haut point, par les conditions de milieu dans lesquelles se trouve placé l'enfant.

Il paraît bien souvent qu'un fonctionnement normal des appareils organiques peut anihiler la prédisposition à la scrofule, et qu'un fonctionnement défectueux la crée. Combien d'enfants ne naissent pas scrofuleux et le deviennent. Les aptitudes innées à la scrofule ont une importance incontestable; mais les conditions de milieu sont prédominantes pour modifier l'organisme dans un sens ou dans l'autre.

En se plaçant à un point de vue un peu général on reconnaîtra que, l'hérédité mise à part, toutes les causes relevées par les médecins dans le développement de la scrofule sont relatives aux conditions défectueuses de milieu dans lesquelles doivent fonctionner les organes de l'enfant.

La mauvaise alimentation, l'habitation humide, insalubre, sont considérées souvent comme capables de rendre un enfant scrofuleux; en effet, les aliments mal appropriés, mal préparés troublent d'une manière permanente les fonctions digestives; de même le séjour dans une chambre

---

Écosse, en Hollande, revient à Londres et à Paris. Les détails de sa vie très laborieuse dans les divers pays qu'il a habités méritent, à coup sûr, un examen complet. Ils font l'objet des chapitres qui suivent. Son premier ouvrage publié, à Londres, en anglais, alors qu'il habitait cette capitale, est daté de 1773, il porte le titre : *A Philosophical Essay on Man.* Being an Attempt to Investigate the Principles and Laws of the Reciprocal Influence, of the Soul and Body. In-8, 2 vol. Le premier volume XXX-ii-33-270 p., avec portrait; le second volume, IV-3-263 p.; Londres, J. Ridley, 1773. Je remarque à cette occasion, que les écrivains modernes donnent rarement le titre de cette première édition anglaise ou la donnent d'une manière incorrecte, ils parlent seulement de l'édition française qui est en trois volumes, les deux premiers parus en 1775, le troisième en 1776, et la plupart se trompent sur les dates et le lieu de publication qui est Amsterdam.

M. Cabanès suit Marat dans ses diverses pérégrinations en Ecosse, en Irlande et en Hollande. En Ecosse, il se fait nommer docteur de l'Université de Saint-André, qui, par un privilège spécial, avait et a encore le droit de conférer chaque année le grade de docteur en médecine, à dix praticiens qui n'ont pu terminer leurs études dans une université pour un motif quelconque et sur les certificats de médecins connus attestant qu'ils témoignent de la capacité du candidat. Le diplôme est daté du 30 juin 1775. M. Cabanès nous donne aussi d'intéressants détails sur plusieurs ouvrages de Marat qui quitte l'Angleterre en 1777, en devenant médecin des gardes du comte d'Artois; le brevet qui le nomme commence ainsi : « Mgr le comte d'Artois, étant à Versailles, sur le rapport qui « lui avait été fait des bonnes vie et mœurs, des lumières et « expérience dans l'art de la médecine, de Sr. Jean-Paul « Marat, docteur en médecine de plusieurs Facultés d'Angle« terre, voulant lui donner une marque de sa bienveillance, « Mgr lui a accordé et lui accorde la place de médecin des « gardes ».

Sur quelle recommandation et à la suite de quelles dé-

mal ventilée, obscure et humide finit par entraver les phénomènes de la respiration et de l'hématose.

Cela est particulièrement vrai dans les îles bretonnes. Dès les premiers mois qui suivent la naissance, les enfants ne reçoivent pas les aliments qui leur conviennent. Il est rare que les mères allaitent leurs enfants, peut-être parce que le lait leur fait défaut; mais bien plus souvent parce que les femmes sont obligées de se livrer aux rudes travaux des champs pendant que leurs maris passent les jours et les nuits à la pêche.

Si encore l'allaitement artificiel était régulier, mais les préjugés populaires qui règnent dans nos grandes villes sur la première alimentation du jeune âge, sont extrêmement répandus en Bretagne. De bonne heure on gave les petits enfants de bouillies épaisses, de soupes, dans l'espoir de les voir grandir plus vite. On fait boire du vin et de l'eau-de-vie aux nouveau-nés.

Enfin lorsque la mère quitte la maison, elle trouve commode de calmer son enfant, en lui donnant à sucer un chiffon contenant un mélange de pâte et de cassonade.

La mortalité dans la première enfance est très élevée, avec une pareille hygiène alimentaire, spécialement à l'île d'Ouessant; mais les survivants n'en sont pas plus robustes; ce n'est qu'en fatiguant, en épuisant leur tube digestif qu'on a pu les faire croître et les élever. L'alimentation commune que les enfants vont partager avec leurs parents n'est pas de nature à réparer le mauvais état de leur nutrition générale. Des soupes, du porc salé, du poisson séché pendant l'été, du pain de froment dans lequel l'orge entre pour une bonne part, tels sont les aliments les plus ordinaires des insulaires et de leurs enfants.

On consomme peu de viande fraîche parce qu'elle est trop dispendieuse.

C'est une habitude répandue de faire prendre de bonne heure aux enfants des boissons alcooliques; d'ailleurs l'eau très rare est plutôt saumâtre comme à l'île de Sein et à Molène.

Avec des aliments d'aussi mauvaise qualité, et de semblables boissons, les phénomènes de la nutrition ne peuvent que languir et les divers organes digestifs doivent s'altérer plus ou moins rapidement.

L'habitation retentit plus directement sur les fonctions respiratoires et sur l'hématose, surtout chez les jeunes enfants, qui, avant de pouvoir marcher et circuler librement en grand air, sont abandonnés pendant des semaines à l'intérieur des maisons.

En Bretagne et surtout dans les îles, le sol battu sert de pavé ou de parquet; pendant l'hiver, il y a de la boue et des flaques d'eau au milieu de la chambre.

Cette humidité est persistante, car les fenêtres sont généralement étroites et la ventilation est difficile. Le chauffage dans les cheminées qui devrait activer le tirage de l'air, est obtenu avec du mauvais combustible qui enfume toute la maison. Le bois manquant absolument, on brûle des ajoncs, des varechs, des fougères et surtout des bouses de vaches recueillies précieusement pendant l'été et séchées contre les murs.

Je présume que la rareté du combustible dans ces régions, où le climat d'hiver est rigoureux, a dû contribuer à faire conserver l'usage des lits bretons. Ces lits sont de véritables caisses en bois, fermées, dans lesquels on pénètre par une ouverture qui n'est guère plus grande que celle d'une niche à chien. Qu'avec de semblables lits, la chaleur soit concentrée, cela n'est pas douteux, car l'air ne circule que bien difficilement dans cette sorte de boîte; mais l'acide carbonique exhalé, les vapeurs organiques s'y accumulent aussi et les échanges gazeux de la respiration doivent être ralentis et entravés.

L'habitation, qui est mal ventilée, est en même temps mal éclairée; on a l'habitude de faire des fenêtres très étroites, peut-être à cause de la violence des vents. Mais la conséquence de ce défaut de lumière est très fâcheuse pour les enfants qui passent les longs mois d'hiver avec leurs parents dans des pièces étroites, humides et malpropres. L'action de la lumière solaire sur l'hématose et sur toute la nutrition est considérable. La privation de la lumière est un élément bien connu dans l'anémie des mineurs.

J'ai vu aussi des écoles, qui plus tard deviennent les habitations des enfants, bien insuffisantes au point de vue de l'aération et de la lumière.

Si à l'île Bréhat, à l'île de Groix, etc., les bâtiments

---

marches, Marat a-t-il obtenu cette charge? En ce temps-là, et sans doute encore aujourd'hui, ces titres ne sont point accordés sans formalités, le premier médecin est toujours consulté. La maison du comte d'Artois ne comptait pas moins de 11 médecins dont 2 consultants; les archives de la maison du Roi et des princes sont aux Archives nationales. Il faudrait les examiner pour élucider ce deuxième point.

M. Cabanès nous donne d'intéressants détails sur la pratique médicale de Marat, ses succès, ses moyens thérapeutiques. Il indique les numéros de la *Gazette de santé* où se trouvent consignés tous ces renseignements. Marat habitait, rue de Bourgogne, un coquet appartement, et son salon contenait des porcelaines, fleurs et tableaux rares. Mais sa position dans la maison du comte d'Artois n'était sans doute pas exclusivement médicale, si j'en juge par une lettre autographe que j'ai eue dans les mains; elle porte la date du 14 août 1778. Marat écrit à M. Beugnet, intendant des finances du comte: « Voilà « déjà que Caqué nous trompe et qu'il continue, plus fort « que jamais, ses invectives impertinentes. M. de Monceri « vous l'a dit ce matin et vous avez oublié de m'en parler. (Il « regrette l'argent qu'ils vont perdre.) Je crois qu'il me fau- « dra du canon de 48, pour faire les affaires de M. le comte « d'Artois. » (Catalogue de la vente Lucas de Montigny).

M. Cabanès rappelle que Marat, en dehors de la politique, était personnellement doux. « Ma sensibilité, écrivait-il en 1781, ne me permet pas d'assister à l'ouverture du corps d'un ami », et il était impossible de prévoir en ce temps-là, la violente énergie qu'il déploierait dans la conduite des affaires publiques. Un de ses amis, M. de Saint-Laurent, recevait de lui, la lettre suivante datée du 8 septembre 1783. Après lui avoir adressé des compliments à l'occasion de la colonie qu'il avait fondée, Marat ajoute: « Dans les concessions que l'on vous « fera, n'oubliez pas d'y faire inscrire, pour un petit coin, un « philosophe qui aime la campagne; qui sait si son goût ne le « portera pas, un jour, à se retirer dans un coin de la terre « où il trouvera du ciel riant. Je suis parmi mes fourneaux

scolaires sont installés d'une manière convenable et salubre, il n'en est pas de même à l'île de Batz et à l'île d'Hœdic, où les enfants sont entassés dans des classes où ils disposent à peine, chacun, de quelques mètres cubes d'air.

Et cependant l'enfant qui n'a pas chez lui l'air et la lumière, devrait au moins les trouver dans les écoles communales surveillées par l'Etat.

L'insalubrité des habitations est encore augmentée par les fumiers, les immondices de tous genres dont elles sont entourées. A Batz, les crèches pour les porcs sont immédiatement adossées aux maisons et les purins s'écoulent sur la voie publique. On a beaucoup parlé dans ces derniers temps, de la conservation des germes morbides, de leur reviviscence dans les eaux impures; ces accumulations de matières en putréfaction, de varechs fermentant, doivent être un milieu très favorable pour les cultures microbiennes. De là, peut-être, la fréquence et la gravité des épidémies de fièvre typhoïde, de diphtérie à Groix et ailleurs.

Quoi qu'il en soit, la filtration des eaux provenant des fumiers et des matières organiques en décomposition ne peut que polluer les puits d'eau douce et les sources.

L'hygiène de la peau doit être prise aussi en considération, sinon pour expliquer le développement même de la scrofule, au moins pour faire comprendre l'apparition et la localisation d'accidents qui prennent tôt ou tard le caractère scrofuleux. Les vêtements des enfants sont fort négligés et toute la peau elle-même, est recouverte d'enduits épais et malpropres. On sait depuis longtemps que ce ne sont pas les habitants des bords de la mer qui font le plus grand usage des bains de mer.

Les fonctions de la peau, comme émonctoire, les sécrétions s'accomplissent mal.

Cette malpropreté, s'étendant aussi bien à la peau des membres qu'au cuir chevelu, est une prédisposition aux éruptions cutanées et spécialement à l'impétigo.

Sur des enfants sains, vigoureux et propres, les éruptions, quand elles se produisent, cèdent rapidement; mais sur des enfants prédisposés héréditairement à la scrofule ou affaiblis par les conditions hygiéniques antérieures, les éruptions sont tenaces, se généralisent et s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires.

Telle est l'origine de bien des adénites qui plus tard se caséifient, suppurent et deviennent les premières manifestations scrofuleuses.

Les maladies contagieuses et épidémiques qui atteignent l'enfance, agissent indirectement, comme les lésions de la peau, pour déterminer l'éclosion des accidents de la scrofule qui était latente jusque-là.

Un enfant sain, traverse la rougeole sans encombres, l'enfant chétif, déjà lymphatique, conserve une conjonctivite suivie plus tard de kératite. L'otite rubéolique laisse un écoulement durable dans des conditions analogues.

Le coquelucheux strumeux garde un catarrhe bronchique pendant des mois; il est sujet à l'adénopathie trachéo-bronchique, aux broncho-pneumonies; il finit souvent par succomber à la tuberculose.

Pour ces raisons, les maladies contagieuses de l'enfance sont spécialement graves lorsque l'organisme est déjà débilité. Les phénomènes infectieux généraux augmentent le mauvais état de la nutrition et les déterminations locales des maladies prennent bien vite les caractères de la scrofule.

C'est en envisageant l'influence indirecte des diverses maladies contagieuses sur l'apparition de la scrofule, que nous avons cru devoir jeter aussi un coup d'œil d'ensemble sur l'état sanitaire des îles de la côte bretonne et signaler les principales épidémies qui ont sévi sur l'enfance.

Nous allons présenter maintenant les observations particulières que nous avons recueillies ou contrôlées au cours de notre inspection dans chacune des îles; à Sein, à Ouessant, à Batz, à Hœdic, à Groix et à Bréhat.

Si, en dépit du climat marin, nous avons trouvé, parmi les populations insulaires, un certain nombre d'enfants scrofuleux, c'est que trop souvent toutes les conditions d'hygiène défectueuses que nous venons d'analyser sont réunies.

Il serait injuste néanmoins de porter un jugement sévère sur les habitants des îles qui se défendent si mal contre les maladies constitutionnelles. L'hygiène et la salubrité sont étroitement liées à l'état social, à la prospérité matérielle d'un pays. Le pêcheur breton qui brave intrépidement le danger, qui a une vie si dure, ne parvient à se créer que des ressources limitées. Le sol sur ces îlots est infécond, les femmes s'épuisent vainement pour cultiver de maigres récoltes de céréales. La rigueur du climat, les vents violents, les vapeurs brûlantes de la mer rendent la terre improductive.

Dans une grande ville, les quartiers les plus salubres, où les règles de l'hygiène sont le mieux respectées, sont aussi les plus riches. Dans un pays, les villages les plus pauvres sont aussi les plus malsains.

Nos îles bretonnes ne jouissent que peu des bienfaits du climat marin, parce que les habitants manquent en général de bien-être et de prospérité.

(*A suivre.*)

« du matin au soir, je dérobe un instant à mes creusets, pour « goûter le plaisir de m'entretenir avec vous. » Fin 1784, ou commencement de 1785, et non pas ni 1786, ni 1789, comme disent la plupart des biographies, afin de faire coïncider brusquement cette date avec la politique, Marat ne fait plus partie de la maison du comte d'Artois. En 1785 on a voulu l'imposer et il écrit, à la date du 25 mai, après avoir rappelé que ses ouvrages lui ont coûté beaucoup d'argent : « Il est juste, « dit-il, que je ne sois pas imposé à la capitation, puisque « je suis dans le cas de tous les étrangers qui voyagent et dé- « pensent pour s'instruire »; il ajoute : « Vous verrez que tant « que j'ai eu le titre de médecin des gardes d'Artois, j'ai été « livré à la retraite du cabinet, comme j'y ai été livré depuis « que j'ai renoncé à ce titre, car il ne se trouve plus dans « mes deux derniers ouvrages. » Quel est le motif de sa démission, ses biographes ne paraissent pas l'avoir trouvé et en 1785, je le répète, il ne peut être question de l'entrée de Marat dans la politique. C'est un troisième point à élucider.

(*A suivre.*) Dr A. DUREAU.

GYNÉCOLOGIE

SUR LES SUPPURATIONS PELVIENNES

Par M. Paul Segond.

(Suite et fin.)

L'hystérectomie reste à l'ordre du jour, et ce rapport en est la preuve. Aux critiques de ses adversaires, elle peut opposer maintenant les communications concluantes de Reclus, de Terrillon, de Richelot et de Quénu, à Paris; de Jacobs et de Rouffart, à Bruxelles : pas un de ses premiers adeptes ne manque à l'appel; plusieurs de mes collègues de Paris lui doivent, chaque jour, de nouveaux succès ; enfin, parmi ceux qui la condamnaient sans appel au début, il en est qui déjà se montrent singulièrement moins sévères. Pozzi lui-même compte au nombre de ces convertis. Je sais bien qu'il en convient comme à regret et qu'il entoure ses concessions de toutes les restrictions possibles; mais, pour être aussi partielle qu'on voudra, sa conversion n'existe pas moins. Plus d'une fois déjà il a posé lui-même les indications de l'hystérectomie; il l'a pratiquée avec succès, et dans la dernière édition de son livre on peut lire en toutes lettres que, « dans certains cas déterminés de suppuration diffuse, l'hystérectomie vaginale est parfois supérieure à l'intervention par l'abdomen ». Pratiquée dans ces conditions, dit-il encore, elle met les opérées dans de très bonnes conditions de guérison », et « elle permet un large drainage dont la déclivité assure l'efficacité ».

Dira-t-on maintenant que nos arguments ne valent même plus qu'on s'y attarde, que la cause est entendue et notre procès perdu? Ceux qui le pensent ou désirent le faire croire s'abusent étrangement, et pour qui douterait encore j'espère que les documents bibliographiques dont mon rapport ne manquera pas de faire mention seront enfin des arguments décisifs. En fait, on peut dire qu'à l'heure actuelle tous les chirurgiens qui ont bien voulu consentir à mettre eux-mêmes l'hystérectomie à l'épreuve acceptent résolument la netteté de ses indications d'une part, dans les récidives de suppuration pelvienne après laparotomie, et, d'autre part, dans les pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences étendues et poches purulentes multiples. A cet égard, pas de contestation possible, et ceux-là mêmes dont les préférences pour la laparotomie sont le moins déguisées en conviennent. J'en veux pour témoignage la conclusion générale d'un très bon article publié il y a quelques mois par S. Bonnet. L'hystérectomie, dit-il, « sera la ressource suprême contre les cas complexes, heureusement rares, de pyosalpinx ou d'ovarosalpingites compliquées de pachy-pelvi-péritonite, de suppuration secondaire du tissu cellulaire avec ou sans fistules. Elle sera aussi l'opération de choix après échec ou insuffisance de la laparatomie. Limitée à ces indications, à côté, mais non à la place de la laparotomie, elle échappera à tous les reproches qu'elle a pu encourir et rendra d'incontestables services ».

Nous voici bien loin des affirmations pessimistes dont j'ai parlé, et l'hystérectomie, dût-elle se contenter dans l'avenir de ces premières et capitales conquêtes, que nous aurions encore la conscience d'avoir combattu le très bon combat. Mais on sait que notre ambition est plus grande. Dans les cas précités, la valeur de l'hystérectomie est pour nous trop évidente pour exiger de nouvelles preuves, et ce que nous aurions à cœur de montrer, c'est que la supériorité de l'hystérectomie se retrouve avec autant de netteté dans le traitement des poches purulentes énucléables. Bref, nous voudrions voir triompher la formule que j'ai proposée à la Société de chirurgie en disant que l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne, qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation bilatérale des annexes.

Les trois considérations sur lesquelles nous basons notre manière de voir sont, on le sait, la gravité moindre, l'efficacité supérieure et l'absence de cicatrice. Nos adversaires, je ne l'ignore pas, nous répondent par des arguments contradictoires, dont plusieurs ont une sérieuse valeur. Mais, pour des raisons précises, dont je m'efforcerai d'établir toute la validité, nos préférences pour l'hystérectomie n'en restent pas moins formelles. Pour ma part, mes convictions sont chaque jour plus positives. Il est faux que j'aie tenté jamais le moindre changement de front, ainsi qu'on a voulu l'insinuer dans un article très spirituel peut-être, mais parfaitement inexact au double point de vue des interprétations et des citations.

Bref, je suis plus que jamais certain que l'opération de Péan est supérieure à celle de Lawson, faite dans les conditions que j'ai spécifiées. C'est qu'en effet, pour appuyer mes conclusions, je n'ai plus seulement les 23 faits de ma première communication et ce que Pozzi baptisait jadis mon « vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent ». Je possède maintenant plus de 62 observations personnelles : elles ne m'ont donné que 8 morts, et j'ai le ferme espoir qu'avec l'aide de ces documents il me sera possible de réfuter, mieux que je n'ai pu le faire lors de la première discussion, les objections qui nous ont été faites aussi bien sur le pronostic immédiat et le pronostic d'avenir que sur les difficultés ou les dangers de l'opération.

La tâche me sera d'autant plus facile que parmi ces objections il en est plus d'une dont la valeur est purement théorique. Tout ce qu'on a dit, par exemple, sur l'impossibilité d'y voir, sur l'encombrement par les pinces, sur l'infidélité de l'hémostase, sur la fréquence des complications opératoires, ou bien encore sur le caractère incomplet de l'intervention, est loin d'être exact. Sans doute l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités; mais, considération bien significative, celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations. Nous prétendons en outre que, dans le traitement des suppurations pelviennes, l'hystérectomie réalise mieux que toute autre intervention les conditions d'une guérison durable, aussi bien quand elle est complète que dans les conditions inverses.

Quand la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, ce qui est infiniment plus fréquent qu'on ne semble le croire, le fait est trop clair. Lorsque l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète des annexes, la supériorité thérapeutique du résultat opératoire est moins évidente, mais elle n'existe pas moins. Et,

(1) Voir *Gazette médicale*, 12 novembre 1892.

qu'on le note bien, nos convictions à cet égard ne sont plus seulement théoriques. Lorsque nous affirmons qu'on peut, après l'hystérectomie, compter sur l'atrophie et la transformation cicatricielle des parties respectées sans qu'il reste nulle part, sauf exception très rare, une épine quelconque susceptible de réveiller les lésions, nous en avons maintenant des preuves cliniques indéniables. Nous pensons même que cette mort anatomique et physiologique des annexes est plus certaine que ne peut l'être celle de l'utérus après ablation des annexes, c'est précisément pourquoi nous estimons qu'il est, d'une manière générale, plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes que les annexes sans l'utérus. D'autant que, pour ma part, j'ai peu à peu acquis la conviction que là où l'ablation complète des annexes est impossible ou dangereuse par la voie vaginale, il y a bien des chances pour qu'il en soit à peu près de même par la voie sus-pubienne. On sait, du reste, que, dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes, on respecte de parti pris les adhérences qui sont d'habitude la cause de ces impossibilités opératoires, et cette considération est pour nous bien précieuse, car elle exonère l'hystérectomie de l'un des plus réels écueils de la laparotomie.

La conclusion s'impose donc, et pour nous il est démontré qu'au point de vue de la sécurité comme à celui des ressources opératoires l'hystérectomie ne le cède en rien à la laparotomie. Tout opérateur expérimenté qui voudra bien s'exercer au vrai manuel de l'opération, en conviendra très vite ; et, bien entendu, je parle uniquement ici de l'hystérectomie par morcellement, de Péan, laquelle est, on le sait, caractérisée par la combinaison variable de deux manœuvres fondamentales : le morcellement par résections transversales des deux valves utérines obtenues par section transversale de l'organe après solide hémostase préventive, et le morcellement par évidement central sans hémostase préalable de la zone utérine correspondante. Je suis, en effet, persuadé que ces deux manœuvres peuvent triompher pour le mieux de toutes les difficultés, sans qu'il soit avantageux de leur substituer la section médiane de Müller que Quénu et Routier voudraient remettre en faveur, ou de les faciliter par les débridements vulvaires que Chaput vient de conseiller.

La section médiane est, à la vérité, très commode quand elle est possible, mais le morcellement par évidement central lui est toujours supérieur. Quant aux débridements vulvaires, ils donnent sans doute du jour, mais on peut très bien s'en passer quand on fait du vrai morcellement. Dans ces conditions, j'estime que, pour le simple agrément d'être un peu plus à l'aise, on ne possède aucune bonne raison d'infliger aux opérées un traumatisme supplémentaire et de les priver en même temps de cette intégrité parfaite des formes extérieures qui n'est point l'un des moindres privilèges de la méthode que nous préconisons. Pour ma part, depuis que j'ai appris l'hystérectomie par morcellement, les voies naturelles m'ont toujours suffi, non seulement en cas de lésions inflammatoires péri-utérines, mais aussi chez nombre de femme à vulve très étroite hystérectomisées pour de volumineux fibromes. Mon expérience actuelle portant sur plus de 150 hystérectomies, j'espère qu'on voudra bien accorder quelque valeur à cette déclaration.

Pour l'instant, je dois me borner à ces considérations. Toutefois, et sans préjudice de mon plaidoyer ultérieur, il est deux objections générales que je tiens à relever ici, car longtemps encore on ne manquera sans doute pas de nous les opposer. L'une d'elles est basée sur ce fait que l'hystérectomie serait, comme le disait autrefois Pozzi, « une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic ». Ici, par conséquent, « point d'incision exploratrice ; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité ». Partant de là, tout ce qu'on a pu dire sur les « opérations non justifiées » ou sur « les mutilations irréparables » se devine aisément. Le thème prête à coup sûr aux digressions les plus humanitaires, et si jamais l'hystérectomie leur devait sa perte, elle conserverait au moins le mérite d'une coïncidence singulière, mais positive, avec ce réveil de notre sollicitude pour la pureté des diagnostics cliniques et la conservation des facultés génératrices.

Mais, tout dictés qu'ils soient par un sentiment des plus respectables, les cris d'alarme que nous avons provoqués ne me semblent pas moins quelque peu excessifs. Et d'abord, il n'est pas juste d'avancer que par les voies naturelles le premier coup de bistouri entraîne fatalement la perte de la fécondité. Non point que je veuille ici prétendre, qu'au point de vue de l'exploration, la voie vaginale soit en aucune manière une rivale de la laparotomie. Semblable affirmation serait une absurdité. Je prétends simplement, en me basant sur des faits déjà signalés à la Société de Chirurgie à propos d'une communication de Nélaton, je prétends, dis-je, qu'avec un peu d'expérience, l'incision du cul-de-sac postérieur peut être, elle aussi, dans certains cas, utilement exploratrice et que, même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore s'arrêter à temps.

Au surplus, et pour ne rien exagérer, laissons à l'argument l'incontestable portée qu'il peut avoir en maintes circonstances. En résulte-t-il que l'hystérectomie puisse être proscrite à l'égal d'un nouvel et dangereux facteur de dépopulation ? Je ne le pense pas et je puis répéter ce que j'écrivais à Pozzi l'an dernier : Nous savons très bien ce que des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses, peuvent faire des meilleures opérations.

Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité et de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais quels que soient ces abus ou ces erreurs, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie et c'est, me semble-t-il, abuser un peu des droits de la discussion que de remettre en cause, pour juger la valeur spéciale d'une opération, tout ce qui peut avoir trait aux médications générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections des annexes. Ici, comme toujours, il faut agir suivant sa conscience de clinicien et franchement si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour la reproduction de l'espèce.

Tout ceci me conduit à la deuxième objection générale qui nous est si souvent opposée : je veux parler des difficultés du diagnostic et, cette fois, je suis le premier à recon-

naître le bien fondé de cet argument capital sur lequel Lucas-Championnière a très judicieusement insisté. « Admettons, disait-il, que l'hystérectomie soit l'intervention de choix dans le traitement des suppurations pelviennes, soit Mais alors, comment affirmer le diagnostic de la présence du pus? Sur quels signes nous guiderons-nous pour préférer au contrôle de la laparotomie, ce qu'il peut y avoir d'irrémédiable dans l'hystérectomie. Rien de plus juste. Aussi bien serais-je très embarrassé pour répondre, si la suppuration était à mes yeux la seule indication de l'hystérectomie. Mais tel n'est point mon avis.

A mes yeux, comme à ceux de Péan, les indications de l'hystérectomie sont les mêmes que celles de l'ablation des annexes par la laparotomie. Ce qui nous importe pour décider l'intervention, ce n'est donc pas le fait de la purulence, c'est la bilatéralité et l'incurabilité médicale des lésions péri-utérines, et dès lors l'objection tombe d'elle-même. Je ne conteste point que les indications de l'hystérectomie, ainsi précisées, ne puissent encore laisser place à l'erreur et j'accepte très bien qu'il faille donner la préférence à la laparotomie chaque fois qu'un diagnostic paraît douteux. Mais je n'en maintiens pas moins ma conclusion et je le répète : si l'hystérectomie est réservée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions semble, de par les données cliniques, aussi nettement assurée que leur incurabilité médicale, j'estime que l'intervention par les voies naturelles conserve toutes les garanties d'une opération rationnelle et pleinement justifiée.

Tels sont les divers points que je m'efforcerai de démontrer par l'analyse de nos documents personnels. Sans m'exagérer leur portée, j'espère cependant que mon argumentation pourra trouver quelque crédit même auprès des chirurgiens qui suspectent le plus le bien fondé de mes assertions. En tous cas, ils verront, preuves en main, que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables; ils constateront qu'en nombre de circonstances nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; ils reconnaîtront même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets; et lorsqu'ils sauront enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie, peut-être aurai-je la satisfaction infinie de voir plus d'un nouvel adepte se rallier à notre cause.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du système nerveux.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MUTISME HYSTÉRIQUE, par le Dr BIOLET. Th. de Paris.

Le mutisme hystérique est assez fréquent et bien connu depuis la description faite par Charcot. Ce que l'auteur cherche surtout à établir, c'est la coexistence fréquente d'une paralysie faciale on autre et de spasme lingual avec le mutisme; cela n'a rien qui doive étonner puisqu'il s'agit là de manifestations reconnaissant une même origine. Quelquefois le mutisme hystérique est précédé on suivi de bégaiement hystérique; dans d'autres cas le sujet atteint de ce mutisme peut encore chuchoter. Les phénomènes moteurs accompagneraient le mutisme dans la proportion de 60 p. 100.

HYSTÉRIE ET CHORÉE DE SYDENHAM, par le Dr P. TOCHÉ. Th. de Paris.

Ce travail est basé sur un cas inédit et sur deux cas publiés par MM. Debove et Séglas; il cherche à démontrer que l'hystérie peut simuler la chorée de Sydenham. Cette simulation ne serait pas rare mais la chorée hystérique très particulière, revêt dans ce cas des caractères particuliers qui en font une chorée. Elle débute brusquement et se termine de même, sa durée est des plus variables, elle ne présente aucune détermination viscérale ni arthropathique; en un mot elle n'a de la chorée vulgaire que les grands mouvements désordonnés.

DE LA PARALYSIE FACIALE HYSTÉRIQUE, par le Dr DECOUX. Th. de Paris.

Cette paralysie est rare; son existence a même été niée. L'auteur en a pu réunir onze observations qui lui permettent de faire son étude. Elle est rarement double et intéresse tout le facial inférieur dont elle peut cependant n'atteindre qu'une portion. Son intensité est variable et quelquefois elle récidive. Une hémiplégie peut coïncider avec elle, mais toujours incomplète et légère; il en est de même de la parésie de la langue. Comme dans l'hémispasme, on observe une superposition des troubles de la motilité et de la sensibilité; l'anesthésie a son maximum au niveau de la face. Du côté de l'intelligence on observe un affaiblissement de l'attention et de la mémoire.

DE L'HYSTÉRIE D'ORIGINE HÉRÉDO-ALCOOLIQUE, par le Dr CAMUSET. Th. de Paris.

L'auteur propose de donner à l'hystérie alcoolique la dénomination d'hystérie absinthique, le mot d'absinthisme devant désigner l'ensemble des effets produits par les boissons contenant des essences. C'est bien, puisqu'il est à peu près démontré que les essences ont un rôle plus dangereux que l'alcool dans les phénomènes d'intoxication, mais cette dénomination aura de la peine à s'acclimater. L'absinthisme héréditaire peut se traduire par de l'hystérie; cette hystérie donne surtout les attaques convulsives de la petite hystérie, mais jamais celles de la grande hystérie. Les cauchemars et l'hyperesthésie des extrémités sont des phénomènes à peu près constants. Le tremblement alcoolique et les pétuites peuvent être également héréditaires.

DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA SUGGESTION HYPNOTIQUE, par le Dr LALOY. — Th. de Paris.

Cette thèse rapporte six cas d'affections dépendant du système nerveux, guéries ou améliorées par la suggestion. Les troubles gastralgiques sont ceux qui cèdent le plus facilement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PARALYSIES ALCOOLIQUES, par le Dr CARPENTIER. — Th. de Paris.

La paralysie alcoolique s'observe surtout chez la femme et atteint surtout les individus qui ont fait abus des essences, absinthe, vulnéraire, anisette, vermouth, etc. Cette intoxication par les essences se révèle par des signes particuliers, douleurs très vives dans les membres inférieurs, hyperalgésie, exagération du réflexe plantaire. Occupant ordinairement les membres inférieurs cette paralysie peut se limiter aux membres supérieurs ou au contraire atteindre les quatre membres, amenant parfois une atrophie musculaire très marquée. L'a-

maurose par atrophie de la papille n'est pas rare. Une amélioration est possible quand la maladie est encore récente. Très complète, cette thèse donne une bonne idée générale de la question des paralysies alcooliques à l'heure présente, avec des aperçus originaux sur ses causes et son diagnostic différentiel.

Des néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par le Dr Peret-Gilbeat. — Th. de Paris.

Ce sont en général des tumeurs bénignes, fibromes, myxomes, sarcomes; l'épithélioma est rare. Quant au mot de névrome, il ne peut servir que dans le langage clinique car il ne sert pas à désigner une tumeur spéciale. Les névromes *myéliniques* et *amyéliniques* n'existent pas. Les fibromes paraissent avoir pour point de départ l'hyperplasie soit du névrilème, soit des gaines fasciculaires. Dans le premier cas la tumeur est latérale, dans le second elle peut n'atteindre qu'un filet nerveux, mais elle a des tendances à la généralisation. Cette dernière forme contre-indique l'opération. De tous les procédés opératoires, l'énucléation est le meilleur; la résection ne doit être employée qu'en dernière ressource; la suture sera tentée toutes les fois qu'elle sera possible.

De la faradisation intra-stomacale, par le Dr Caron. — Th. de Paris.

La faradisation intra-stomacale a été faite principalement avec des courants continus de faible intensité et dans des séances très courtes. Le mode opératoire a été celui du Dr Diamantberger. Les résultats obtenus ont été remarquables lorsque la méthode était employée pour lutter contre des vomissements nerveux d'origine spasmodique ou due à une auto-suggestion. On échoue assez souvent quand le vomissement reconnaît une autre cause, mais on peut obtenir une certaine amélioration. Si celle-ci ne survient pas après quatre ou cinq séances, il est inutile de continuer le traitement faradique.

Des entozoaires de l'encéphale, par le Dr Szczypiorsky. — Th. de Paris.

Les parasites vésiculaires qu'on a trouvés jusqu'à présent dans l'encéphale sont les cysticerques et les échinocoques; les premiers sont les plus fréquents. Le tableau clinique est impossible à faire en raison de la variété des manifestations morbides provoquées par le parasite. Généralement, les kystes à échinocoques sont caractérisés par la céphalée persistante, l'épilepsie et les paralysies partielles mais durables, la démence, etc., les cysticerques par de l'épilepsie, des contractures, des vomissements, des troubles psychiques, et une durée plus longue. Le diagnostic est des plus difficiles; la terminaison habituelle est la mort qui survient souvent subitement.

Troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses. — Dissociation syringomyélique, par le Dr Caillet. — Th. de Paris.

Les impressions sensitives suivent dans la moelle des voies différentes. La destruction de la substance grise par gliomatose a montré que la sensibilité tactile suit les cordons postérieurs, tandis que la sensibilité à la douleur et à la température suivent l'axe gris. Outre ces diverses voies suivies dans la moelle par les impressions sensitives, il est probable qu'il existe des nerfs distincts pour la transmission de chacune de ces diverses sensibilités. Les malades atteints de syringomyélie présentent dans la plus grande majorité des cas, une dissociation caractéristique de la sensibilité à laquelle on a donné le nom de dissociation syringomyélique. Ce syndrome (analgésie et thermo-anesthésie avec intégrité de la sensibilité tactile) n'est pas propre à la syringomyélie, car on le rencontre dans l'hystérie, les névrites, la lèpre anesthésique, l'hématomyélie, etc. Aussi le diagnostic différentiel de ces affections est-il souvent très difficile.

G. L.

BULLETIN

La discussion ouverte au sujet de l'épidémie cholérique s'est continuée devant la Société médicale des hôpitaux. On ne peut savoir encore où cette discussion aboutira, ni prévoir les conclusions qu'il sera possible d'en tirer au point de vue thérapeutique. Si l'on s'en tient aux simples données de la statistique, on peut croire tout d'abord que l'art de soigner et de guérir cette grande maladie n'a pas fait de notables progrès, car les coefficients de mortalité rapportés par les différents observateurs ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont marqué les épidémies antérieures. Ainsi, les chiffres énoncés oscillent entre 40 et 50 p. 100, proportion certainement excessive et que tous nos efforts doivent tendre désormais à diminuer. En ce qui concerne la valeur des divers modes de traitement, l'accord est loin d'être complet, ainsi qu'on devait s'y attendre. Néanmoins on constate une certaine conformité de vues dans l'ensemble des appréciations relatives à la valeur de certaines pratiques et de certains médicaments. Par exemple, la plupart des médecins s'accordent à reconnaître que les agents de la médication interne, dont l'emploi est théoriquement si justifiable, ne possèdent qu'une action incertaine, douteuse, même quelque peu illusoire et problématique. C'est là une donnée d'observation générale, dont quelques restrictions isolées ne sauraient infirmer la valeur. On peut appliquer en bloc ce jugement aux antiseptiques, aux opiacés, aux toniques et à presque tous les médicaments administrés par la voie interne. Les résultats négatifs constatés à la suite ont paru être la règle, si bien que le traitement pharmaceutique du choléra se trouve dès maintenant, et pour longtemps, relégué au deuxième plan. Heureusement que la question est vaste et que la maladie est assez complexe pour autoriser le choix et l'intervention d'une grande variété de moyens. L'étude des indications permet, à ce point de vue, des notions particulièrement précieuses.

Parmi ces dernières, celles qui se rapportent à l'état du système nerveux paraissent toujours mériter la première place dans nos préoccupations. Or, dans cet ordre de faits, nous possédons deux ordres de moyens qui ont fait leurs preuves: Ce sont les bains chauds et la transfusion intra-veineuse. Il devrait y avoir ici unanimité, et il nous semble du reste qu'elle existe déjà parmi ceux qui ont expérimenté sincèrement ces deux méthodes. Aussi avons-nous peine à concevoir les réserves et les doutes qui ont été émis de différents côtés concernant leur opportunité. Entre autres, nous comprenons peu l'opposition de M. Delpeuch qui a exprimé une défiance et un scepticisme véritable vis-à-vis de la transfusion. Cette défiance nous semble quelque peu préméditée, en tout cas médiocrement justifiée. Notre collègue eût été mieux inspiré, suivant

nons, en écartant toute idée préconçue et en abordant résolument une pratique qui a donné des succès incontestables à d'autres, non moins habiles et sincères observateurs. On peut croire que les résultats eussent fait de lui un adhérent convaincu de la méthode. Du reste nous n'entendons pas proclamer que celle-ci est infaillible ni qu'elle est applicable indistinctement à tous les cas. De même que pour toutes les interventions thérapeutiques, c'est affaire d'indication, et celles-ci peuvent se définir assez bien, dès le début, chez la plupart des cholériques. Toujours est-il que la transfusion a fait largement ses preuves et qu'elle s'est affirmée comme une des acquisitions les plus précieuses de ces dernières années. Tous ceux qui ont observé les faits avec impartialité adhéreront, croyons-nous, à ce jugement si légitimement motivé.

— Une question toute d'actualité et de la plus haute importance, est celle des indications opératoires dans le traitement des névralgies abdominales chez la femme. Cette question vient de revenir devant la Société de chirurgie, à propos d'une communication de M. Richelot. L'intérêt du sujet est considérable, car, sous cette étiquette de *névralgies abdominales*, on désigne des affections variées et disparates, entre lesquelles il est difficile de faire le départ de celles qui sont justiciables de l'intervention et de celles qui doivent être respectées. De là, des divergences profondes entre les chirurgiens concernant la conduite à tenir dans tel ou tel cas déterminé. Si nous en jugeons d'après le sens de sa communication, et d'après les faits cités à l'appui, M. Richelot serait un partisan convaincu de l'opération dans nombre de cas où plusieurs de ses collègues, au contraire, semblent pencher vers l'abstention. La conviction de notre confrère paraît fortement établie, car il pratique l'intervention dans des cas de simple névralgie ovarienne, là où l'on ne peut à l'avance déterminer avec certitude l'existence d'une lésion anatomique viscérale. Naturellement ces idées ont trouvé des contradicteurs au sein de la société, parmi ceux qu'une expérience non moins vaste autorise à formuler une opinion également compétente.

C'est ainsi que M. Reclus a cru devoir introduire des restrictions importantes, quant à la durée des résultats fournis par l'ablation des ovaires et par l'hystérectomie, et qu'il a manifesté une défiance motivée au sujet de quelques succès trop vite et trop bruyamment annoncés. M. Quenu a fait de son côté des réserves concernant la nature de certaines névralgies viscérales qu'on ne peut espérer guérir radicalement quand elles prennent leur source dans l'hystérie, attendu que ces névralgies peuvent réapparaître après l'opération sous l'influence des causes qui provoquent habituellement le réveil de la grande névrose. M. Terrier a évité de se prononcer, donnant pour argument principal la variabilité des résultats obtenus par lui, mais il a laissé entendre que la question mérite une étude plus approfondie. M. Lucas-Championnière s'est rangé du côté de l'intervention, qu'il préconise comme le seul mode de traitement capable de donner un résultat positif, immédiat et durable. Quant à M. Verneuil, il a exprimé une opinion intermédiaire, d'après laquelle on devrait réserver l'intervention exclusivement aux cas pour lesquels on a préalablement et infructueusement mis en œuvre toutes les médications et toutes les ressources de la thérapeutique conservatrice. La discussion s'est circonscrite ainsi entre plusieurs orateurs également autorisés, sans aboutir à une conclusion ferme et précise. Cela veut-il dire qu'elle aura été oiseuse et inutile ? Nous ne croyons pas que l'on doive répondre affirmativement et nous pensons que la communication de M. Richelot aura fait faire un pas à la question dans le sens favorable à l'action chirurgicale. C'est du moins l'impression qui semble se dégager de la lecture attentive du compte rendu de la séance.

Il ne nous appartient guère, à nous médecins, de prendre position dans un débat où l'on tend visiblement à récuser notre compétence vis-à-vis d'une question dont pourtant les difficultés nous sont proposées journellement. Évidemment, l'intervention médicale est bornée dans ses moyens, et ce n'est pas d'elle que l'on pourra espérer des résultats sérieux et favorables dans bien des cas où la persistance des douleurs viscérales semble défier toutes les ressources de la thérapeutique. Seulement il est à craindre que les chirurgiens se laissent entraîner ici à leur penchant naturel qui est de donner de bonne heure à leurs idées la sanction de l'intervention opératoire. Si l'on faisait le compte exact des succès et des insuccès obtenus dans cet ordre de faits, peut-être serait-on obligé de reconnaître que la balance est égale entre les deux catégories des résultats. D'ailleurs, on ne connaît pas toujours le mode d'action de l'opération, et on serait parfois très embarrassé pour dire si le soulagement et l'amélioration sont dus à l'ablation des organes malades, ou seulement aux modifications locales créées par le traumatisme, par exemple à la rupture d'anciennes adhérences et au changement qui s'opère consécutivement dans la statistique abdominale. Cette dernière objection a une certaine portée, car elle inspire des doutes sur l'interprétation des résultats, et autorise à croire que l'empirisme y peut revendiquer une part égale à celle que l'opérateur attribue à sa propre décision. En résumé, on peut dire que cette question des névralgies viscérales chez la femme réclame de nouvelles recherches, et qu'il est encore trop tôt pour la soustraire à la compétence médicale, au bénéfice exclusif de la chirurgie. Cette conclusion éclectique et provisoire est, croyons-nous, la seule qui soit autorisée dans l'état actuel de la science.

P. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES DERMATOSES

Depuis les immortels travaux de Lorry, de Bazin et de Hebra, la plupart des dermatologistes s'accordent à rattacher les dermatoses soit à des troubles généraux, primitifs, du sang ou des humeurs, soit à des altérations nerveuses plus ou moins limitées (*trophonévroses*). De toute manière, les affections cutanées sont, ordinairement, des deutéropathies, qui exigent le traitement *constitutionnel* de la diathèse ou dyscrasie qui leur servent de supports. Parmi les médications générales des dermatoses, nulle ne jouit d'un crédit plus ancien et mieux établi que la médication purgative.

On donne, d'ordinaire, dans la pratique, la préférence aux purgatifs salins, ces éliminateurs diosmotiques étant, assurément, les plus capables de diminuer les exhalations morbides, d'assécher les sécrétions, d'opérer la déplétion des hyperémies et d'exercer, sur le sang ou le système nerveux, cette révulsion supplétive, cette irritation substitutive, qui sont comme la clef-de-voûte du traitement de toute maladie chronique.

C'est dans l'eczéma, type de la dermatose humide, pierre

angulaire de la dermatologie (Bulkley), bien plus que dans les dartres sèches ou squameuses, que l'on obtient, par la stimulation sécrétoire de l'intestin, la diminution de l'hypercrinie des téguments. Quel est le praticien qui n'a point constaté, par des doses répétées d'Hunyadi-János, jointes à quelques tisanes amères et à un peu d'arsenic, des cures retentissantes et rapides, d'eczémas généralisés et constitutionnels en quelque sorte?

La tradition médicale a adopté l'eau minérale naturelle, si glorieuse, de la Hongrie, parce que c'est le seul purgatif salin que l'on puisse répéter, impunément, sans crainte de développer l'atonie musculaire de l'intestin. Hunyadi-János ne détermine, en effet, aucune exaspération fatigante du péristaltisme: c'est, simplement, une dérivation lente et continue, indemne de ces superpurgations cholériformes causées par tant d'eaux minérales purgatives. Les congestions du rectum, l'hyperémie du rein, suivie d'hypergeúese cellulaire et d'exsudats brightiques, succèdent souvent à l'administration prolongée des *drastiques*, dans les dermatoses. Point d'inconvénients de ce genre, avec l'eau d'Hunyadi-János : la réparation des lésions s'opère, promptement et sans rechutes, et l'on voit bientôt la peau reprendre sa vitalité et son élasticité épithéliales, sans crainte de répercussion possible. De là vient la suprématie véritable de l'eau hongroise, en dermatologie.

Je l'ai employée, avec un succès constant, dans l'eczéma des nourrices et de la ménopause, eczéma dû à des éliminations incomplètes et défectueuses; dans l'herpès et le zona; dans l'hyperhidrose et la séborrhée, ainsi que dans un cas très grave de dermatite exfoliatrice, inutilement soigné, plusieurs années durant, par le célèbre Erasmus Wilson. L'acné, ce miroir fidèle des troubles menstruels ou digestifs; le furoncle, ce type de l'exhibition humorale; le lichen et le pityairsis, si fréquemment liés aux retours du printemps et de l'automne : voilà encore des dermatoses que je déclare absolument justiciables de la cure purgative par l'eau d'Hunyadi-János (un ou deux verres à bordeaux, chaque matin).

Toutes les affections de la peau caractérisées par un état phlegmasique du derme (érythèmes, eczéma, urticaire etc...); tous les exanthèmes qui traduisent un état pyrétique ou septique *totius substantiæ* (herpès, impétigo, arthritides et herpétides) réclament le traitement précédent, le seul qui puisse : 1° resteindre la production papuleuse; 2° atténuer la confluence sécrétoire; 3° lutter avec avantages, contre l'éréthisme nerveux.

Maintenant, si l'on me demande pourquoi ce traitement entrave les récidives et les métastases morbides, je répondrai que c'est parce qu'il ne combat point seulement le symptôme local, mais encore la prédisposition générale et diathésique, le lymphatisme, l'herpétisme ou l'arthritisme, ce que les observateurs de l'école d'Alibert appelaient, plus cliniquement encore, le *vice dartreux*.

C'est surtout aux renouvellements des saisons, ou bien à la suite d'écarts de régime ou de fatigues générales (qui entretiennent un état *plétorique* ou *dysrasique* mal défini) qu'il est très important de prescrire et de répéter l'eau d'Hunyadi-János, à doses laxatives. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra triompher de cette opiniâtre ténacité, particulière à certaines dermatoses, et qui affecte si cruellement le moral de certains de nos clients. Outre l'action dépurative et équilibrante que nous avons essayé de définir, Hunyadi-János possède, du reste, un pouvoir accessoire, peut-être, mais dont il est difficile de se priver : ce pouvoir est de favoriser la tolérance de la médication altérante chronique, à longue portée, par les arsenicaux, l'iode, etc... Nous en possédons la preuve, dans le traitement des éruptions artificielles de cause alimentaire ou médicamenteuse : quelques doses de l'eau minérale purgative triomphent aisément de l'urticaire causé par les moules, aussi bien que des érythèmes copahivique et bromuré. *Ab uno disce omnes.*

NOTES ET INFORMATIONS

Comité du monument Villemin. — Un certain nombre de médecins des Vosges ont pensé que le Dr Villemin, originaire de ce département, méritait, par les immortels services qu'il a rendus à la science et à l'humanité, qu'un hommage public fût rendu à sa mémoire, et dans la localité même, qui a donné naissance à ce savant.

Ils ont constitué un Comité qui se trouve composé de la manière suivante :

Présidents d'honneur : MM. H. Boucher, député des Vosges, conseiller général du canton de Bruyères (où est né Villemin);

Dr Léon Colin, membre de l'Académie de médecine, médecin-inspecteur, directeur du service de santé militaire du gouvernement de Paris ;

Dr Kelsch, médecin principal de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, tous trois compatriotes du Dr Villemin;

Président du Comité : Dr Liétard, président de l'Association de prévoyance,

Vice-Président du Comité : Dr Lardier, président de l'Association syndicale.

Membres : Dr Guyon, vice-président de l'Association de prévoyance;

Dr Pommageot, vice-président de l'Association syndicale.

Secrétaire-Trésorier du Comité : Dr A. Fournier, membre.

Le but que se propose d'atteindre ce Comité est d'élever à la mémoire du Dr Villemin, dans son village natal, un monument perpétuant les services rendus au pays et à la science par notre illustre compatriote.

Le Comité a pensé que, dans le pays tout entier aussi bien que dans les Vosges, les médecins et un grand nombre de personnes qui se sont intéressés aux travaux mémorables du Dr Villemin seraient heureux de saisir cette occasion de rendre un public hommage à cette gloire que nous devons considérer comme nationale, car il est hors de doute que, sans Villemin, la découverte de l'Allemand Koch serait encore aujourd'hui à faire.

A cet effet, le Comité a ouvert une souscription, dont le produit sera affecté à l'érection d'un monument dans la commune de Prey-sous-Bruyères (Vosges).

Le Président du Comité, Dr Liétard. *Le Secrétaire du Comité,* Dr Fournier.

N. B. — Les demandes de renseignements et les souscription devront être adressées à *M. le Dr FOURNIER*, secrétaire-trésorier du Comité, à Rambervillers (Vosges).

La *Gazette médicale* applaudit à l'initiative des médecins des Vosges et recueillera les souscriptions qui lui seront adressées pour les transmettre au secrétaire-trésorier du Comité.

Hypnotisme. — L'hypnotisme a beaucoup fait parler de lui en ces dernières années, et a reçu enfin ce droit de cité scien-

tifique qu'on lui avait refusé si longtemps. Cependant, déjà en 1831, Husson, chargé par l'Académie de médecine de faire un rapport sur ce qu'on appelait alors, d'après la tradition mesmérienne, le *magnétisme animal*, concluait que « le magnétisme trouve sa place dans le cadre des connaissances médicales et constitue une branche très curieuse de psychologie et d'histoire naturelle ».

Aujourd'hui, l'enseignement de l'hypnotisme est en voie de se constituer rapidement. A Paris, un cours d'hypnologie est donné sous les auspices de la Faculté de médecine par le Dr Bérillon, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*. A Bruxelles, le Conseil d'administration de l'Université vient de recevoir la lettre suivante :

Monsieur,

L'hypnotisme prend, comme vous le savez, une importance de plus en plus considérable au point de vue de l'expérimentation en psychologie et en physiologie. D'autre part, le traitement par l'hypnose et la suggestion s'emploie de jour en jour davantage dans la thérapeutique, spécialement dans la thérapeutique des maladies nerveuses. On en a obtenu des résultats si satisfaisants en un grand nombre de cas bien déterminés que les préventions dont ce procédé avait été l'objet dans l'esprit de quelques-uns ont aujourd'hui presque entièrement disparu. Nous voyons ceux qui avaient soulevé le plus d'objections contre cette méthode curative, maintenant mieux éclairés, y recourir eux-mêmes fréquemment.

Mais beaucoup de médecins, fort disposés à faire usage de l'hypnose et de la suggestion, se trouvent souvent arrêtés par l'inexistence d'un enseignement théorique et pratique et par la difficulté de se livrer isolément aux études nécessaires.

La Faculté de médecine de Paris possède actuellement un cours libre d'hypnologie. Nous pensons, Messieurs, que le moment est venu pour l'Université de Bruxelles d'instituer un cours semblable, et nous vous demandons l'autorisation de l'établir sous ses auspices et en dehors de toute Faculté.

Nous espérons que son opportunité vous fera prendre cette demande en considération, et vous prions d'agréer, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.

Signé : PEETERS,
docteur en médecine, chirurgie et accouchements de la Faculté de Bruxelles.

HENRI NIZET,
docteur en philosophie et lettres,
docteur en droit des Facultés de Bruxelles.

Ainsi toutes les découvertes ont leur heure. A vrai dire, pour l'hypnotisme, l'heure avait assez tardé.

NOUVELLES

Crémation. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 26 octobre 1892, a voté la constitution d'un comité de perfectionnement des services de la crémation à Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Année scolaire 1892-93 (1er semestre). — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — Professeur : M. LABOULBÈNE.

M. le prof. Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi, 10 novembre 1892, à 5 heures (Petit-Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera l'histoire de Celse et de la médecine à Rome.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur TILLAUX commencera ses leçons le lundi 21 novembre et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants. — Clinique et opérations.

M. le Dr THIÉRY, chef de clinique, fera, à partir du 21 novembre, des conférences cliniques tous les lundis et vendredis à 5 h. 1/4. — Exploration clinique par les élèves.

M. le Dr PILLIET, chef de laboratoire. Démonstrations d'anatomie pathologique tous les lundis et jeudis à 4 heures.

Hopital du Midi. — Le Dr BALZER commencera ses conférences cliniques sur les maladies vénériennes, le jeudi 17 novembre à 9 h 1/2 dans son service, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Chemin de fer d'Orléans (hiver 1892-1893). — *Billets d'aller et retour de famillep our les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn.* (Tarif spécial G. V. n° 106 (Orléans). — Des billets d'aller et retour de famille, de 1re et de 2e classe, sont délivrés toute l'année à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Daz, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres :

Pour une famille de	2	personnes	20 0/0
—	3	—	25 »
—	4	—	30 »
—	5	—	35 »
—	6	— ou plus.	40 »

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une on deux fois de 30 jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet de famille.

AVIS. — La demande de ces billets doit être faite *quatre jours* au moins avant le jour du départ.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 12 NOVEMBRE 1892.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 3. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup. 32. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 18. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 54 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë et chronique, 44. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 58. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 36. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 29. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 40. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 6. — Total : 851.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De la lithotritie chez les obèses,

Par le Dr Basy.

La révolution radicale déterminée dans le traitement des calculs vésicaux par l'admirable méthode de Bigelow paraissait avoir, d'une manière définitive, supprimé de nos livres classiques les expressions autrefois courantes de parallèle entre la taille et la lithotritie, parallèle des différentes manières de traiter les calculeux, pour ne laisser subsister que les indications de la lithotritie et celles de la taille ; on en est arrivé à ne réserver à la taille que les cas relativement rares de calculs très durs ou très volumineux, ou ceux dans lesquels des obstacles urétraux empêchaient complètement le passage des instruments. Mais les progrès réalisés par la taille hypogastrique, la facilité et la bénignité dans le plus grand nombre des cas de cette opération, la rapidité relative de la guérison, surtout en employant la suture de la vessie qui n'est plus combattue actuellement que par un ou deux chirurgiens en retard, tous ces progrès, dis-je, semblent à des chirurgiens éminents suffisants pour permettre de rouvrir le chapitre du « Parallèle entre la taille et la lithotritie », de mettre en regard ces deux méthodes rivales et de les comparer à nouveau. N'y aurait-il pas lieu d'employer plus souvent la taille, d'en faire une méthode de choix à l'égal de la lithotritie ? Les simples difficultés, je ne dis pas les impossibilités du passage des instruments par l'urètre, ne seraient-elles pas des indications suffisantes de taille ?

Malgré la bénignité, chez des individus sains, de la taille hypogastrique, je ne le crois pas.

Six fois j'ai eu à intervenir dans des cas où la traversée de la prostate était particulièrement difficile. Sauf un cas que je laisserai de côté et où l'introduction du lithotriteur et de la sonde fut très facile, quoique celui de l'explorateur fût impossible, tous appartenaient à des sujets gras, obèses surtout par le ventre, tous avaient la prostate très développée. Chez quatre d'entre eux, l'introduction de l'explorateur fut impossible : il est vrai que je n'insistai pas.

Chez tous, l'introduction du lithotriteur fut très laborieuse et nécessita des manœuvres spéciales. Pour donner une idée de cette difficulté, il suffit de dire que la poignée du lithotriteur devait être abaissée si fortement qu'on aurait dit que l'instrument passait à travers une boutonnière périnéale et que la sonde évacuatrice était à peine assez longue malgré le tassement de l'urètre pour arriver jusque dans la vessie.

J'ai cru, malgré ces difficultés, devoir faire bénéficier mes malades de la lithotritie, car la taille hypogastrique, si facile en général, eût été plus laborieuse chez ces sujets et peut-être plus dangereuse ou tout au moins plus longue à guérir parce que les vessies de ces malades étaient légèrement infectées sauf une, et que le tissu graisseux a très peu de vitalité et s'infecte facilement ; en outre, quelque rapide que soit la guérison d'une taille hypogastrique, elle n'est jamais aussi rapidement obtenue qu'avec la lithotritie. Pour citer un exemple récent : j'opérais le 29 août dernier un officier supérieur de cavalerie qui remontait à cheval le 12 septembre et faisait des manœuvres de division le 19 ; or, je pourrais citer un grand nombre d'exemples aussi probants, mais celui-là m'a paru le plus frappant.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Le climat marin et la scrofule dans les îles de la côte bretonne,

Par M. G. Variot,
médecin des hôpitaux.

Suite (1)

L'île de Sein.

L'île de Sein est une des plus écartées de la côte bretonne ; il faut un temps sans brumes pour qu'on l'aperçoive de la pointe du Raz.

Dans ces parages la mer est toujours agitée ; elle devient grosse et dangereuse pour peu que le vent vienne à souffler. — M. Aubert, dans son ouvrage sur les *Côtes de France*, dit : « que les habitants de Sein sont particulièrement attachés à cette inclémente, qu'ils y naissent et meurent presque tous, quand ils ne périssent pas dans un naufrage ». La population est donc très autonome.

Sein n'est qu'un îlot sablonneux peu étendu ; une partie seulement des terres est cultivable et la production des céréales est insuffisante pour la nourriture des habitants de l'île.

(1) Voir *Gazette médicale*, 12 et 19 novembre 1892.

Le climat de l'île est humide et brumeux, les vents qui règnent le plus souvent soufflent du large : ouest et sud-ouest; ces vents amènent des pluies abondantes. De brusques changements de température surviennent lorsque les vents, changeant de direction, passent de l'ouest à l'est et au nord-est.

La mer qui entoure l'île est très poissonneuse; on y pêche abondamment dans la belle saison, le congre et la sardine et surtout des crustacés, des homards qui sont vendus sur le marché de Paris.

État sanitaire général. Maladies épidémiques. — En décembre 1885 et en janvier 1886, cette île a été très éprouvée par une épidémie de choléra, 78 personnes furent atteintes; en quarante jours il y eut 24 décès. Il est probable que les germes cholériques furent importés d'Audierne par des habitants qui s'y a étaient rendus à la foire, lorsque l'épidémie régnait dans le département du Finistère (Thèse de Gouzien, Paris, 1887).

En 1890 l'influenza apparut à la fin du mois de janvier au retour d'un bateau à voile qui était allé faire des provisions à Brest. Le patron tomba malade après être débarqué; trente personnes furent successivement atteintes, mais pas une ne succomba.

La coqueluche fut apportée en 1890 par un enfant qui venait de Conquet où la maladie régnait : un très grand nombre d'enfants de l'île de Sein furent atteints, mais on n'enregistra que deux décès.

Une épidémie de fièvre typhoïde a éclatée à Sein au mois d'août 1890, dans la saison où l'eau douce est le plus rare et de la plus mauvaise qualité. (Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.) Quarante personnes furent atteintes dont un grand nombre d'enfants. Il y eut en tout 11 décès parmi lesquels sept enfants, trois jeunes gens et une personne de 40 ans.

Mouvement général de la population. — Le nombre des habitants de l'île de Sein est actuellement de 842, répartis en 187 ménages.

Le nombre des décès a été de 15 en 1884, de 34 en 1885, de 21 en 1886.

En 1888, on a compté : mariages, 12; naissances, 43; décès, 17.

En 1889, mariages, 7; naissances, 43; décès, 23.

En 1890, mariages, 1; naissances, 20; décès, 35.

Ces chiffres montrent que la population aurait plutôt une tendance à s'accroître, si elle n'était pas décimée si fréquemment par les épidémies.

Scrofule et tuberculose. — Ces maladies sont héréditaires dans un certain nombre de familles de l'île de Sein.

Voici quelques faits très probants.

FAMILLE P... — La mère morte jeune de fausse couche.
Un fils mort à l'âge de 33 ans de phtisie galopante.
Une fille morte l'année dernière à l'âge de 33 ans, de phtisie.

FAMILLE G... — Père mort phtisique, Il y a six ans.
Un fils malade mort du choléra en 1885.
Un deuxième fils est sourd. Il a lui-même une petite fille faible d'esprit et atteinte de kératite.
Un troisième fils, sourd également, atteint de carie du sternum, a lui-même une fillette atteinte de kératite.

FAMILLE M... — M. Jean, 35 ans, sommets suspects. Il a eu une bronchite l'année dernière et une autre cette année.
Il a une fille de 15 ans, débile, qui porte au cou des cicatrices de ganglions suppurés.
M... Jean a une sœur chloro-anémique.
Une deuxième, très faible, ayant une petite fille de 12 ans chétive et atteinte de tumeur blanche du genou et d'une suppuration au niveau du premier métacarpien de la main droite.

FAMILLE C... — Père mort phtisique il y a fort longtemps.
Un fils, Maurice, âgé de vingt-deux ans, vient de passer trois mois au lit. A l'auscultation, on reconnait que les sommets sont criblés de cavernes.
Une fille, Léonie, vingt-deux ans, scrofuleuse, cicatrices indélébiles au cou.

FAMILLE G[1]... — Père asthmatique sujet aux hémoptysies.
1° Fille mariée, a des enfants scrofuleux avec suppuration du cou.
2° Fille mariée, très anémique, a eu après sa dernière couche des abcès au sein dont la guérison a été lente malgré un traitement antiseptique suivi.

FAMILLE G[2]... — Louis, 40 ans, sommets suspects.
Une sœur morte phtisique il y a deux ans.
Un père mort phtisique il y a trois ans.
La femme de Louis est atteinte de lésions tuberculeuses avancées.

FAMILLE P[1]... — Mère atteinte de lésions tuberculeuses avancées (50 ans).
Une fille chloro-anémique.

FAMILLE F... — Une fille morte phtisique à 29 ans, l'année dernière.

FAMILLE H... — Le père mort phtisique depuis longtemps.
Un fils mort de la même maladie il y a quelques années.

FAMILLE P[2].. — Femme de 30 ans, a des lèvres épaisses, est atteinte de kératite.
Une fille a des éruptions impétigineuses répétées sur la face et le cuir chevelu.
Une autre fille a aussi les lèvres épaisses.

FAMILLE C... — Père, 53 ans, asthmatique, est atteint de kérato-conjonctivite chronique.
Une fille, mariée, a eu, à la joue une suppuration prolongée.
Un fils de 18 ans, souffre de kératite.

FAMILLE S... — Père atteint de kérato-conjonctiviste chronique.
Un fils, 24 ans, a une arthérite chronique du cou-de-pied et une kératite.
Un autre fils a aussi une kérato-conjonctivite.

Ces tableaux m'ont été communiqués à l'île de Sein par M. le Dr Allain, médecin de la marine.

Il résulte de cet exposé de faits que la tuberculose et la scrofule sont fréquemment observées à l'île de Sein et que ces deux maladies alternent ou s'associent dans la même famille.

La part à faire à l'hérédité dans l'étiologie de la scrofule est encore augmentée par le *consanguinisme*, car les mariages se font à peu près tous entre parents plus ou moins rapprochés.

Allaitement. Alimentation. Boissons. — Il est rare que les femmes de l'île se contentent de donner le sein à leurs enfants; croyant leur faire absorber une nourriture plus forte, elles gavent leurs nourrissons, dès les premiers jours après la naissance, de bouillies épaisses ou de soupes.

Le pêcheur de Sein, comme beaucoup d'ouvriers de nos

grandes villes industrielles, n'est pas économe en général, et dépense beaucoup plus en boissons malsaines qu'en alimentation.

L'été, quand le temps est favorable, il n'est pas rare qu'un pêcheur gagne jusqu'à 100 et 150 francs par semaine en vendant des crustacés : homards, langoustes, crabes, etc. Pendant les autres saisons on pêche le mulet, le turbot, le congre, la dorade, le rouget, la sole.

La plus grande partie des recettes est gaspillée pour l'achat d'alcools de mauvaise qualité.

Les femmes partagent les habitudes alcooliques de leur mari. Ces excès dispendieux font que bien des familles, pendant l'hiver, manquent de tout : heureux si l'on peut se nourrir pendant cette saison rigoureuse avec du poisson salé et des pommes de terre. Quand le mari part à la pêche, il emporte seulement un morceau de pain noir et grossier et de l'eau de mauvaise qualité, la seule qu'on trouve dans l'île.

C'est une alimentation bien peu réconfortante si l'on a égard aux fatigues et aux intempéries que ces pauvres gens supportent. Les pêcheurs restent de longues heures dans leur petite barque, sans abri contre la pluie et contre les lames qui les couvrent d'eau de mer ; leurs vêtements sont constamment mouillés. On doit plutôt déplorer que s'étonner de voir des hommes ayant une vie si rude, recourir à l'alcool comme à un stimulant habituel.

L'eau est rare et de mauvaise qualité à Sein. Les privilégiés ont des citernes pour recueillir l'eau pluviale, qui est la boisson ordinaire. Cette eau, même dans les citernes bien tenues, est fade et peu aérée ; mais il arrive souvent que les réservoirs ne sont pas nettoyés, ou que les pluies, espacées en été, entraînent les poussières, les fientes d'oiseau, les insectes qui sont sur les toits des maisons. Dans la principale auberge de l'île, la citerne cimentée d'ailleurs est contiguë aux cabinets d'aisance. Les filtres sont presque inconnus.

Il n'y a qu'un puits communal situé à l'extrémité du village et dont la construction est d'une ancienneté séculaire. Ce puits consiste en une excavation profonde au fond de laquelle on descend par un escalier en pierre d'une trentaine de marches.

Le niveau de l'eau oscille de plusieurs mètres suivant les saisons. Dès qu'il pleut, l'eau est souillée par la boue et par les matières étrangères entraînées par le va-et-vient des piétons en sabots. Quand l'eau baisse, elle est encore troublée par les seaux qui y sont plongés et qui remuent la vase. Nous avons été témoin de ces faits en juillet 1891, la profondeur de l'eau n'était que de 50 à 60 centimètres. Il arrive même que le puits se dessèche entièrement, et cette année un bateau chargé d'eau douce est parti de Brest pour ravitailler l'île de Sein (1).

L'eau du puits communal est toujours un peu salée et désagréable à boire ; c'est de l'eau de mer incomplètement filtrée dans les couches sablonneuses du sol, comme le montre l'analyse suivante faite au laboratoire de chimie de l'école de Brest :

Densité hydrotimétrique 75 degrés.

	gr.	
Résidu sec................	2 50	par litre.
Chlorure sodique..........	1 4	—
Chaux.....................	0 128	—
Magnésie..................	0 132	—
(Sulfates) Acide sulfurique.	0 261	—
Acide carbonique.......... ⎫ Soude..................... ⎬ Matières organiques....... ⎭	0 570	—

Les matières organiques solubles y sont en très faible proportion. Débris organiques en suspension troublant la limpidité de l'eau.

Le manque d'eau douce à Sein et sa mauvaise qualité sont irrémédiables. M. Considère, ingénieur en chef des ponts et chaussées à Quimper, auquel je faisais part de cette situation déplorable, m'a répondu qu'étant donnée la constitution bien connue des assises du sol, des couches sous-marines, tout forage serait inutile.

L'insuffisance et la mauvaise qualité des eaux consommées par la plupart des habitants, ne sont probablement pas étrangères à la gravité de fièvre typhoïde qui ont sévi, et doivent avoir aussi une influence sur le mauvais état sanitaire de l'île.

Habitations. — La plupart des habitations sont basses, humides, mal éclairées et mal ventilées ; les varechs plus ou moins desséchés qu'on brûle dans les foyers dégagent une fumée épaisse et nauséabonde qui emplit toute la maison. Les lits bretons, presque clos, sont d'un usage très répandu.

L'insalubrité générale de l'île est encore augmentée par la malpropreté des habitants qui se refusent à prendre aucune mesure d'assainissement et qui résistent à tous les règlements administratifs. Sur les grèves, le long des quais, dans les cours attenantes aux maisons, on accumule des monceaux d'immondices composés de goémons en putréfaction, de poissons, de déjections alvines exhalant, pendant les chaleurs, une odeur repoussante. Comme l'engrais ainsi obtenu est fort prisé dans l'île, le maire s'est déclaré impuissant à faire déblayer toutes ces immondices, il s'est heurté au mauvais vouloir de la population.

La scrofule et la tuberculose, très répandues à Sein, sont bien manifestement une résultante de toutes les causes capables de modifier défavorablement le mouvement général de la nutrition.

Nous notons, en effet, la fréquence des maladies épidémiques, laissant toujours après elles une débilitation plus ou moins durable, chez ceux qui survivent. Nous remarquons que la consanguinisme, les alliances entre proches, viennent renforcer le rôle habituel de l'hérédité.

L'allaitement et l'alimentation sont le plus souvent défectueux ; l'eau est mauvaise et rare, les habitudes alcooliques sont invétérées, les habitations sont insalubres. L'hygiène infantile est négligée par les parents dont la vie est si rude. La pauvreté et la misère, trop répandues parmi cette population perdue sur un îlot au milieu de l'Océan, sont deux grandes ennemies de la santé publique.

L'ILE DE BATZ.

L'île de Batz fait face à Roscoff, dont elle est séparée par un chenal de 3 kilomètres de largeur. Dans la belle saison, la

(1) L'île de Molène, voisine d'Ouessant, est aussi pauvre en eau que Sein. Là aussi il n'existe qu'un seul puits communal et des citernes. Il y a trois ans une épidémie très meurtrière de fièvre typhoïde a régné à Molène et a paru rayonner autour du puits communal. L'école est pourvue d'une citerne, mais l'instituteur, en 1891, réclamait un filtre pour purifier l'eau de la citerne. Nous ne pouvons qu'être l'écho de cette demande bien justifiée.

traversée peut se faire en canot, mais pendant l'hiver, surtout lorsque le vent souffle du nord-ouest, la mer grossit dans le chenal, et les communications sont rendues difficiles.

Le climat de cette île est assez tempéré, de même que celui de Roscoff ; il est rare que le thermomètre du phare de Batz descende au-dessous de zéro, dans les mois les plus froids de l'année.

Par contre, les vents qui soufflent sont d'une violence extrême.

Dans l'intérieur de l'île, il y a des terres fertilisées avec le varech et assez bien cultivées.

Les travaux agricoles sont généralement abandonnés aux femmes, les hommes se livrent à la pêche. En 1891, la population n'était guère prospère, puisque sur 1.184 habitants, 80 familles étaient inscrites au bureau de bienfaisance.

Quand il n'y a ni épidémies ni naufrages à l'île de Batz, la moyenne des décès est de 25 à 30 par année. Mais en 1882 et en 1883, où la fièvre typhoïde a régné, le chiffre respectif des décès s'est élevé à 40 et à 38 pour chacune de ces années.

Je me suis assuré, par moi-même, que la scrofule n'était pas rare dans l'enfance. Au moment où je débarquais, j'ai été poursuivi par un mendiant, âgé de 15 ans, qui sollicitait la charité des passants. Ce malheureux marchait avec des béquilles et avait la cuisse ankylosée à angle droit sur le bassin, à la suite d'une coxalgie. — Dans une même famille très pauvre j'ai rencontré deux enfants atteints d'accidents scrofulo-tuberculeux. La petite fille, âgée de 5 ans, présente un *mal de Pott*; le petit garçon âgé de 6 ans, a un *spina ventosa* du pouce gauche et une carie des os du tarse. Ni le père ni la mère de ces enfants ne m'ont paru scrofuleux. A l'école des filles, j'ai trouvé plusieurs enfants atteintes de blépharite chronique et d'adénopathies cervicales anciennes.

Je n'ai rien appris de précis sur l'influence du consanguinisme qui doit vraisemblablement s'exercer à l'île de Batz, comme dans les autres. Mais voici quelques documents sur les conditions hygiéniques et de salubrité dans lesquelles vit cette population.

L'alimentation est défectueuse et insuffisante, surtout parmi les pauvres qui sont nombreux.

L'alcoolisme fait de grands ravages ; la quantité d'alcool consommée par habitant est relativement très élevée.

Un certain nombre de maisons particulières sont déplorablement aménagées ; les chambres sont obscures, encombrées, malpropres, le sol boueux sert de pavé. Les écoles de garçons et de filles, malgré les excédents de recette du budget communal, sont extrêmement négligées.

J'extrais les détails suivants d'une lettre en date du 21 juillet 1891, que m'a adressée M. l'instituteur de l'île de Batz, « Vous voudrez bien insister sur le mauvais état de l'école des garçons. Le volume d'air est insuffisant, le cubage de la salle de classe est de 278 mètres pour 79 enfants. Les murs sont humides et les fenêtres trop étroites. La cour où jouent les enfants n'a que 84 mètres de surface ; il n'y a pas d'urinoirs, pas de cite nes ni de puits dans le voisinage, la propreté est impossible. Enfin nous réclamons vainement un préau couvert. »

J'ajouterai qu'il est peu de villages en France où les règles les plus élémentaires de l'hygiène soient méconnues plus outrageusement qu'à Batz. Les chemins entre les maisons sont étroits, défoncés et creusés d'ornières. On voit de larges trous où séjournent les eaux pluviales mêlées au purin des fumiers et aux déjections animales. Les crèches pour loger les pourceaux sont adossées aux habitations et les eaux souillés s'écoulent dans la rue, sans fossés ni rigoles pour les recevoir. Les porcs d'ailleurs sont lâchés en liberté et vont fouissant et se vautrant dans cette fange. Le maire de l'île, auquel je faisais part de mes réflexions sur cette malpropreté insalubre et dangereuse, m'a répondu « que tous ses efforts étaient vains pour lutter contre l'inertie des habitants familiarisés depuis longues années avec cette malpropreté, qu'à plusieurs reprises il avait fait publier au tambour des règlements interdisant de laisser séjourner les immondices sur la voie publique, il faudrait, ajoutait-il, un arrêté préfectoral pour faire cesser cet état de choses et je vous serais obligé de le provoquer ». Je doute, pour ma part, de l'efficacité de l'interdiction préfectorale ; la propreté ne se décrète pas plus dans les rues que dans les habitations ; elle doit être dans les mœurs et l'on ne peut que plaindre les pauvres gens qui n'en comprennent pas la nécessité.

L'ILE DE BRÉHAT.

L'île de Bréhat est située en face de l'embouchure de la rivière du Trieux et à peu de distance de Paimpol.

La pointe de l'Arcouest, sur le continent, est assez rapprochée de Bréhat; par un beau temps, les petites embarcations font la traversée rapidement et sans danger. Autour de la maîtresse île, on trouve un véritable archipel d'îlots, dont quelques-uns sont habités et cultivés, notamment Benodet.

Bréhat est une des îles les plus pittoresques de la côte bretonne ; aussi les touristes et les artistes s'y donnent volontiers rendez-vous.

C'est là pour le pays une source de revenus presque inespérée.

La terre est d'ailleurs bien cultivée et engraissée par une quantité de plantes marines qu'on recueille sur les grèves et sur les rochers.

L'agriculture paraît florissante, bien que les rudes travaux qu'elle nécessite soient surtout dévolus aux femmes. Il y a peu de pêcheurs à Bréhat ; la mer y est cependant poissonneuse. La plupart des hommes passent leur jeunesse comme marins sur les navires de notre flotte.

Ils reviennent reprendre place au foyer, après avoir conquis le grade de quartier-maître ou de maître d'équipage, et s'être fait retraiter. La famille a grandi pendant l'absence, et les campagnes de son chef, et la pension militaire, jointe à l'exploitation du sol, suffisent à procurer à ces insulaires un bien-être relatif dont ils savent se contenter.

La seule industrie que nous ayons trouvée à Bréhat est représentée par une fabrique d'iode, dirigée par M. James.

L'iode, ou plutôt les iodures sont retirés des cendres de varechs spéciaux, par des manipulations assez compliquées.

En 1891, le chiffre de la population s'élevait environ à 1.100 habitants.

Le total des décès en 1889 a été de 26 ; il avait été de 27 en 1888 ; il a été de 34 en 1890. Les personnes les plus âgées décédées en 1888 avait atteint 95 ans, 92 ans et 78 ans. Dans le bas âge, la mortalité ne m'a pas semblé élevée, mais la natalité est abaissée et la population tend à décroître. Le chiffre des naissances a été de 23 pour 1888, de 23 pour 1889 et de 11 pour 1890.

Le climat de l'île peut être considéré comme très salubre, car les adultes qui meurent succombent tous dans des nau-

frages ou après des maladies, dont le germe a été contracté aux colonies.

Il est assez rare d'observer des maladies contagieuses et épidémiques; dans un laps de temps de quinze ans, on n'aurait vu que quelques cas de fièvre typhoïde et de coqueluche. La diphtérie fait cependant des victimes dans le jeune âge, de temps à autre.

Il y a deux ans, une épidémie de rougeole a éclaté à Bréhat; presque tous les enfants furent atteints; les écoles furent fermées, mais on n'eut pas de décès à déplorer.

Les germes de la maladie paraissent avoir été importés par un capitaine au long cours qui venait de Caulhes, près de Dinan, où la rougeole régnait.

J'ai inspecté les enfants de l'école de garçons et de l'école de filles; les salles de classe sont aménagées dans des conditions d'hygiène très satisfaisantes.

Sur 69 garçons, j'ai relevé :

1° Un cas de coxalgie, guérie chez un enfant de 10 ans, originaire des Bouches-du-Rhône, et qui n'habite l'île que depuis cinq ans;

2° Une hypertrophie amygdalienne double chez un garçon de 11 ans. Le frère serait mort à 16 ans de la poitrine. Les parents ne sont pas Brehatins, ils viennent de Ploubalanec;

3° Un écoulement d'oreilles ancien chez un enfant de 13 ans. Sa sœur aurait des abcès froids au cou;

4° Une conjonctivite étroite très rebelle avec hypertrophie amygdalienne et végétations adénoïdes, chez un garçon de 11 ans 1/2. Le père serait alcoolique;

5° Chez un enfant de 7 ans, des adénopathies cervicales assez développées :

6° Des cicatrices d'adénite scrofuleuse au cou chez un garçon de 11 ans, né au Havre et habitant Bréhat depuis quatre ans;

Le plus grand nombre des autres enfants sont vigoureux et bien constitués.

On compte 70 enfants à l'école de filles, j'ai constaté :

1° Un mal de Pott, guéri chez une enfant de 9 ans, née à Toulon;

2° Une conjonctivite chronique et un abcès froid du thorax sur une petite fille de 6 ans, née à Bréhat;

3° Un conjonctivite strumeuse sur une petite fille de 4 ans 1/2, née à Bréhat.

Il est digne de remarque que plusieurs des enfants scrofuleux mentionnés dans cette liste, ne sont pas nés à Bréhat; néanmoins quelques jeunes Bréhatins présentent des accidents scrofuleux.

L'aisance générale des insulaires amène avec elle un certain confortable, aussi bien dans l'alimentation que dans les habitations et les vêtements: toutefois nous devons signaler l'humidité de certaines maisons qui n'ont que le sol comme pavé: l'usage assez répandu des lits bretons, et l'habitude de brûler les bouses de vaches séchées, faute d'autre combustible.

A Bréhat comme à Groix, la prospérité matérielle vient corroborer l'influence bienfaisante du climat marin en rendant meilleures les conditions hygiéniques du milieu, d'où la rareté relative de la scrofule.

(A suivre.)

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA ASIATIQUE,

Par le Dr Ali (1).

Les livres historiques arabes et persans ainsi que les poésies et travaux littéraires que nous possédons prouvent que le choléra existait bien avant ce siècle, et que déjà, dès le moyen-âge, il faisait de grands ravages. Pour ma part, je crois qu'il est possible d'affirmer l'identité de l'épidémie actuelle avec les affections épidémiques ayant régné au moyen-âge, de même que je pense qu'il n'est pas possible de confondre le choléra avec la peste à bubons qui sévissait alors, car les auteurs persans et arabes se servent tous d'un mot spécial pour désigner chacune de ces maladies : « Choléra : Weba; la peste : Taeun ».

Les premiers documents certains que nous possédions sur l'origine du choléra, datent de la grande épidémie de 1847. Des rapports et des observations bien nettes permettent de donner comme certain que les épidémies cholériques viennent de l'Inde et prennent naissance sur les bords du Gange, apportées qu'elles sont par des personnes voyageant soit par bateau, soit par caravane. Si on les voit quelque fois s'établir dans d'autres pays et y persister durant un temps plus ou moins long, grâce au manque d'hygiène, il ne faudrait pas croire pour cela, même après une longue durée, qu'elles fussent originaires de ces lieux; car il en est de ces épidémies comme de certaines plantes qui, transportées loin de leur pays d'origine, s'acclimatent et prospèrent d'abord, puis au bout d'un certain temps pâlissent, se dessèchent et meurent. Ainsi, en 1848, après la grande épidémie de Téhéran, on aurait pu croire que le choléra était originaire de cette ville : il y régna d'une façon sporadique pendant sept ou huit ans, revenant périodiquement au printemps et en été, faisant de nombreuses victimes et disparaissant en hiver. On pensait alors qu'il ne quitterait plus la capitale persane, qu'il y était acclimaté; cependant le nombre des victimes diminuait graduellement et dans les dernières années on ne comptait plus annuellement qu'une vingtaine de décès sur une population de 200.000 habitants; enfin, malgré les prévisions contraires, il finit par disparaître complètement. Lors de la grande épidémie de 1887, qui ravagea plus de la moitié de la Perse, Téhéran ne fut pas atteint, grâce aux travaux d'assainissement exécutés d'après les ordres de Sa Majesté Impériale le Shah; on ne pouvait donc plus suspecter Téhéran d'être le point d'origine du fléau. Par ce qui précède, on voit qu'il n'est pas possible de conclure que le choléra a pris naissance dans tel ou tel pays parce qu'il y a séjourné pendant quelques années, comme cela arrive en Russie, en Egypte, en Arabie, en Mésopotamie, en Perse, etc. A ce sujet, d'ailleurs, nous pouvons encore citer comme exemple les épidémies qui se déclarent fréquemment à la Mecque. Longtemps on a cru que la Mecque était le berceau de ces épidémies, et la malpropreté des pèlerins jointe aux sacrifices d'animaux qui s'y font chaque année contribuaient pour beaucoup à accréditer cette opinion. Ce n'était là qu'une légende cependant, car toutes les observations ayant trait à ces épidémies établissent clai-

(1) Note lue à l'Académie de médecine le 16 novembre 1892 par le Dr Ali, médecin particulier de S. M. le Shah de Perse, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

rement que le choléra n'apparaît à la Mecque que lors de l'arrivée des pèlerins venant de l'Inde, et jamais avant.

Je relaterai maintenant 2 observations montrant pour une même épidémie la propagation insensible du fléau par voie maritime de l'Inde en Irak-Arabie :

1° En 1887, alors que j'étais médecin en chef du corps de santé militaire persan, je créai à Téhéran une société médicale militaire où tous les rapports sanitaires des provinces et de la capitale étaient centralisés. Il me fut ainsi possible d'étudier par hasard la marche de l'épidémie qui débuta à Bassora. Un médecin militaire, se trouvant du côté du golfe persique, m'indiquait, dans son rapport, qu'un négociant venant de Bombay à Bassora, lui avait dit que pendant la traversée, il s'était produit quelques cas de choléra à bord du bateau qui l'avait transporté. Grâce au peu de vigilance des employés commis à la surveillance des embarcations et du port, le bateau suspect fut admis en libre pratique : quelque temps plus tard le choléra éclatait à Bassora et à Hella... etc., etc.

2° La deuxième observation, touchant la même épidémie, nous a été fournie par le Dr Dufourneau, médecin français à Senna du Kurdestan. S'étant fait mulsulman après avoir formulé le désir d'entrer dans le corps des médecins militaires persans, le Dr Dufourneau m'envoyait régulièrement deux fois par mois des rapports médicaux. Dans l'un de ces rapports, il relate qu'un médecin venant de l'Inde à Bassora, à peu près à la même époque que le commerçant dont il est question dans l'observation précédente — (et sans doute sur le même bateau que lui) — avait également observé un cas de choléra pendant la traversée avant d'arriver à Bombay. De Bombay à Bassora, il signalait encore deux nouveaux cas. Toujours grâce à la négligence des employés commis à la surveillance des embarcations et du port, le bateau entra librement à Bassora ; mais ce ne fut qu'au bout de quelque temps que l'épidémie éclata dans le voisinage de Bassora et à Hella, d'où elle se répandit dans toute la Mésopotamie, pour, *d'un côté*, se jeter sur les frontières persanes, de ces frontières sur Kirmanchah, et de ces différents points sur la moitié de la Perse ; *de l'autre*, sur Tekrite, Mossoul, Ninive, sur le Kurdestan turc, puis enfin sur l'Europe. Ce fut l'origine du choléra de 1888 en Europe.

3° observation : propagation du choléra par voie de terre.

A propos de l'épidémie actuelle de 1892, je citerai la propagation par voie de terre du choléra venant de l'Inde.

Durant l'automne de 1891, je reçus un rapport d'un médecin de Korassan m'informant que le choléra se déclarait à Hérat. Ce médecin m'indiquait qu'un négociant ayant suivi une caravane venant de l'Inde avait observé quelques décès dus au choléra. Quoique les renseignements fournis par ce dernier fussent vagues, je n'en fis pas moins mon rapport au gouvernement. Le choléra pendant ce temps faisait son apparition à Hérat, et plus tard on apprenait que l'épidémie avait franchi la frontière de Perse et envahi quelques villages. Le gouvernement prescrivit sur ces entrefaites les mesures nécessaires pour empêcher l'extension du fléau, qui s'éteignit grâce à la basse température de la saison. Aucun autre cas de choléra ne fut plus alors signalé jusqu'au mois de juin suivant. Au commencement de ce mois, l'épidémie éclatait à Korassan par quelques cas, pour se répandre en Perse d'un côté et de l'autre en Russie : là est, je crois, une des origines de l'épidémie actuelle.

Depuis cette époque, j'ai quitté la Perse et n'ai reçu aucun rapport concernant cette épidémie.

Pour terminer, je mentionnerai quelques observations prouvant l'inefficacité des quarantaines contre l'envahissement du choléra.

En 1887, le choléra qui éclata à Bassora, à Hella... etc., se diffusa dans toute la Mésopotamie, et dans le voisinage des frontières de la Perse. Le gouvernement persan établit immédiatement des quarantaines rigoureuses sur certains points menacés de ces frontières. Malgré cette précaution, l'épidémie se propagea aussi rapidement aux points protégés par les quarantaines qu'aux endroits dépourvus de surveillance sanitaire.

Le fléau ayant franchi les frontières, on installa alors des quarantaines locales dans les principales villes situées sur le parcours des caravanes de pèlerins et de commerçants : le fléau ne s'en propagea pas moins aussi facilement. Ces mesures, on le voit, n'eurent en somme d'autre effet que celui d'entraver le commerce et l'agriculture, sans enrayer en rien la marche de l'épidémie.

Près de Kirnanchah, ville située dans une région montagneuse, la surveillance de la quarantaine fut très difficile, malgré le grand nombre de soldats employés à cette surveillance. Une moitié des voyageurs à peu près s'échappait par des chemins détournés et gagnait l'intérieur du pays, évitant ainsi la quarantaine. La deuxième moitié des voyageurs seule subissait la quarantaine et était obligée de séjourner dans le lieu surveillé. En examinant les conditions sanitaires de chacune de ces deux fractions, nous voyons que les voyageurs qui se sont soustraits aux exigences de la quarantaine étaient dans de bien meilleures conditions pour échapper au fléau que ceux qui avaient été obligés de passer par un lazaret. Les lazarets, loin de conférer une protection à ceux qui y séjournent, deviennent souvent des foyers de propagation du mal. Maintenant, si l'on fait entrer en ligne de compte les autres maladies qu'on y peut contracter, les vexations et mauvais traitements qu'on y subit (vexations et mauvais traitements dus soit aux agents de l'administration, soit à la promiscuité à laquelle on est condamné), ainsi que certains inconvénients que l'on ne peut citer, on comprendra que tous les moyens, même au besoin la révolte, sont employés pour franchir les cordons sanitaires.

Les quarantaines pourraient être réellement utiles si nous connaissions la durée de la période d'incubation du choléra ; mais cette durée est très variable ; aussi avons-nous observé que des voyageurs ayant été soumis à une longue quarantaine ne sont pris d'accidents cholériques que plusieurs semaines après leur départ, tandis que d'autres, qui ont été soumis aux mêmes causes d'infection, meurent dès leur arrivée au lazaret. Pour ma part, je conclus que la quarantaine est inutile et que seule la désinfection de l'individu et de ses bagages est nécessaire. Comme complément de précaution, l'incinération des vêtements et objets ayant appartenu aux cholériques s'impose. A ce propos, nous avons consigné le fait suivant :

Pendant une épidémie, un marchand achète des vêtements ayant appartenu à des cholériques. Il transporte ces vêtements dans une ville assez éloignée et les conserve pendant une dizaine de mois, un peu plus peut-être. Peu après le déballage de ces objets, le choléra éclatait. Evidemment le germe épidémique avait été transporté par les vêtements en question.

Nous avons remarqué quelquefois que les épidémies propagées par les vêtements n'étaient habituellement que localisées et passagères et ne présentaient aucune tendance à la diffusion.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA PRODUCTION DE SUCRE DANS LE SANG AUX DÉPENS DES PEPTONES (1).

Par R. LÉPINE.

A l'occasion de l'importante communication de M. Schützenberger (*comptes rendus*, séance du 25 juillet, p. 208), je puis signaler le fait, intéressant à la fois pour les physiologistes et pour les chimistes, que la peptone, en contact avec le sang, dans certaines conditions, donne naissance à du sucre :

Expérience. — On purifie de la peptone du commerce, en la traitant à chaud par l'acétate de fer, pour précipiter certaines matières albuminoïdes, et dans le filtrat, on précipite la peptone par l'alcool fort; on la desséche dans le vide, on la pulvérise et l'on en dissont nne petite quantité (par exemple, de 0 gr. 20 à 0 gr. 50) dans 40 gr. de sang qui vient d'être retiré de l'artère d'un chien hien portant, et qu'on défibrine, ou mieux qu'on additionne d'une petite quantité de fluorure de sodium, pour empêcher la coagulation (Arthus). En général, en moins d'une heure, la peptone n'est plus décelée par sa réaction calorimétrique avec le sulfate de cuivre, et la quantité de sucre contenue dans le sang est augmentée. D'après quelques expériences, il semble que la peptone puisse produire une quantité de sucre (dosée avec la liqueur de Fehling) égale à près du dixième de son poids, pourvu qu'on ait maintenu le sang à une température suffisante, à 39°C., par exemple, mais mieux à 55°-60°C., température qui a l'avantage d'empêcher, comme on sait, la glycolyse, laquelle masque en partie la production du sucre. Aussi, si l'on opère à 30°C., est-il indispensable de fluorer le sang pour empêcher, non seulement la coagulation, mais la glycolyse, ainsi que l'a indiqué M. Arthus.

J'ai cru utile d'attirer l'attention de l'Académie sur cette expérience :

1° Parce que M. Seegen a annoncé, il y a quelques années, que le parenchyme hépatique, *in vitro*, peut transformer la peptone en sucre (fait qui a été, d'ailleurs, contredit par plusieurs auteurs). M. Schmidt-Mulheim dit explicitement d'avoir pu réussir à observer, en présence du sang, la pronuction de sucre aux dépens des peptones (*Arch. für Physiol.*, p. 49; 1880). Il est probable qu'il ne s'est pas mis en garde coutre la glycolyse.

2° Parce qu'elle fait connaître la source *d'une partie* du sucre produit *in vitro* à 58°C. dans le sang du chien en digestion ou préalablement saigné. Jusqu'à présent, ce sucre pouvait être considéré comme provenant exclusivement du glycogène du sang, interprétation qui, d'ailleurs, a été combattue par M. Arthus (2).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE.

I. — L'ANALGEN, UN NOUVEAU MÉDICAMENT ANTINÉVRALGIQUE ET ANTITHERMIQUE, par MM. G. LOEBELL et G. VIS. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 44, p. 1005.)

II. — L'ALUMNOL, UN NOUVEAU MÉDICAMENT ASTRINGENT ET ANTISEPTIQUE, par R. HEINZ et A. LIEBRECHT. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 46, p. 1158.)

I. — Les noms d'*analgen* et de *benz-analgen* ont été dounés par un chimiste de Fribourg en Brisgan, M. G. Vis, à denx dérivés de la chinoline, l'ortho-éthoxyacétylamido-chinoline qui a pour formule $C^9H^5OC^2H^5AzH, COH^3Az$, et l'ortho-éthoxy-anamonobenzoylamido-chinoline, qui a pour formule C^9H^5 CO^2H^5.

Ces denx corps constituent des poudres blanches à gros graius. Le premier a une saveur amère très désagréable, tandis que le second est insapide. C'est pourqnoi seul, le second a été réservé aux usages thérapentiques, comme étant aussi plus efficace qne le premier. La dénomination de benz-analgen a été abandonnée par M. G. Vis, et désormais sous le nom d'analgen, il faudra entendre exclusivement l'ortho-éthoxy-anamonobenzoylamido-chinoline.

Ce dernier est à peu près insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool à froid, beaucoup plus dans les acides dilnés. Il entre en fnsion à 208°.

Ingéré *per os*, il se dissout dans le suc gastrique et nne partie de sa masse se dédonble. Les produits de ce dédoublement sont l'acide benzoïque et l'ortho-éthoxy-anaamido-chinoline. Cette dernière apparaît dans les urines une demi-heure, au plus tard une heure après l'ingestion de l'analgen et communique au produit de la sécrétion rénale une teinte rouge, en même temps qu'une aptitude plus grande à dissoudre l'acide urique et la propriété de se couserver plus longtemps à l'abri de la putréfaction.

L'analgen (benz-analgen) a une toxicité très faible, car on a pu faire prendre à des chiens, pendant des semaines, des doses quotidiennes de 3 grammes de ce produit, sans que les animaux en expérience aient présenté le moindre trouble appréciable.

Les essais cliniques faits avec l'analgen ne sont encore qn'en petit nombre et n'ont pas une valeur bien démonstrative. C'est ainsi qne le prof. Bæumler, de Fribourg, dans le service duquel l'analgen a été expérimenté d'abord, s'est borné à émettre un jugement sommaire et peu compromettant, sur les résultats qu'il a obtenus. En tant qu'antithermique et antinévralgique, l'analgen à prodnit des effets comparables à ceux de la phénacétine. A la dose qnotidienne de 1 à 2 grammes, le nouveau médicament a paru être inoffeusif. Mais, ajonte M. Bäumler, les essais n'ont pas été faits en nombre suffisant pour qu'on ait pu observer d'une façon précise les altérations que peuvent snbir les globules rouges, du fait de l'usage de l'analgen.

Un autre médecin de Fribourg, M. Lœbell, a expérimenté l'analgen sur des phthisiques. Il a constaté qu'à la dose de 1 à 2 grammes par jour, ce médicament amène une défervescence presque complète. La chute de la température fébrile s'est accompagnée de sueurs abondantes. Il n'y a pas eu d'autres effets secondaires d'un caractère fâcheux. Il a semblé, par contre, que l'action antithermique d'une même dose s'émoussait très promptement.

M. Lœbell cite ensuite un certain nombre de cas où l'analgen a été employé pour calmer des douleurs, avec un succès très variable. Des résultats relativement satisfaisants ont été obtenus dans des cas de céphalalgie « de cause indéterminée, »

(1) Académie des sciences, 8 août 1892.

(2) Les nombreuses expériences sur lesquelles est fondée cette note ont été faites à l'aide de M. Barral, chef des travaux de mon laboratoire.

dans 1 cas de rhumatisme musculaire, dans 3 cas de tabes, dans 1 cas de névrite alcoolique, dans 1 cas d'hémiparésie douloureuse, dans 1 cas d'arthralgie, et, d'après les résultats communiqués à M. Lœbell par des confrères, dans des cas de goutte chronique.

Insuccès dans un cas d'arthrite de la hanche, dans un cas de névrite post-diphtéritique douloureuse, dans un cas de neurasthénie, dans des cas de céphalée syphilitique, dans un cas de myélite.

M. Lœbell mentionne d'autre part, que dans le service du prof. Jolly, de Berlin, l'analgen a donné des résultats satisfaisants dans 11 sur 24 cas d'affections douloureuses du système nerveux, traités par le nouveau médicament, dont l'utilité n'apparaît pas jusqu'ici d'une façon bien claire. M. Lœbell affirme d'ailleurs que la coloration rouge des urines, qu'on observe chez les sujets traités par l'analgen, n'a aucune signification fâcheuse.

II. — L'alumnol est un sulfonaphtolate d'aluminium, préparé pour la première fois par MM. Heinz et A. Liebrecht, de Breslau. Au dire de ces deux auteurs, l'alumnol est appelé à combler une lacune dans le groupe des médicaments astringents, en ce sens qu'à l'inverse des substances de ce groupe jusqu'ici connues, il exercerait son action astringente jusque dans la profondeur des tissus, avec lesquels il vient en contact, et non pas seulement à leur surface. Voici une expérience citée par les deux auteurs à l'appui de cette assertion.

On injecte à des lapins vigoureux, dans l'épaisseur des muscles de la cuisse, une solution de nitrate d'argent, à droite, une solution d'alumnol (1-5 0/0), à gauche. On excise ensuite des fragments de muscles, après des intervalles de temps variables, pour en faire l'examen. En procédant de la sorte, les deux auteurs ont constaté que la zone dans laquelle avait été injecté le nitrate d'argent était enkystée dans une membrane dure, formée par de la fibrine coagulée. Au-delà de cette sorte de barrière, on ne découvrait aucune trace d'un dépôt de métal. Au contraire les muscles dans l'épaisseur desquels on avait injecté de l'alumnol étaient imprégnés de cette substance dans toute leur épaisseur, ainsi qu'il était facile d'en acquérir la preuve, en traitant les muscles par du perchlorure de fer.

L'alumnol est doué de propriétés antiseptiques. A la vérité son action bactéricide est relativement lente à se manifester. Il faut vingt-quatre heures de contact, pour qu'une solution d'alumnol à 1 0/0 fasse périr les spores et les bacilles du charbon, le bacille du pus bleu. Par contre, des solutions à 0,4 0/0 suffisent pour arrêter la végétation de la plupart des bacilles pathogènes.

Ainsi qu'il était à prévoir, l'alumnol, injecté directement dans les vaisseaux, détermine la coagulation du sang et la formation de thrombus intra-cardiaques. Même à l'état de solution assez concentrée l'aluminol ingéré *per os* ne cautérise pas la muqueuse de l'estomac, mais provoque une diarrhée violente. Celle-ci peut entraîner la mort des animaux en expérience, par déshydratation du sang.

En injections sous-cutanées, l'alumnol ne tue les animaux qu'autant que les doses injectées sont très fortes et continuées pendant une période de temps assez longue.

Voici maintenant les renseignements sommaires que fournissent les deux auteurs, au sujet des premières applications thérapeutiques du nouveau produit.

Grâce à son action astringente, l'alumnol tarit très rapidement la suppuration, à la surface des plaies plates ou cavitaires : solutions à 0,5-2 0/0 pour lavages des plaies un peu volumineuses, solutions à 10-20 0/0 pour cautériser les parois des petits abcès et des trajets fistuleux ; solutions et pommades à 3-6 0/0, pour cautériser les ulcères torpides.

Dans la pratique gynécologique l'alumnol a donné de bons résultats, pour hâter la rétraction des plaies cavitaires (solutions à 0,5-1 0,0) ; dans le traitement de l'endométrite blennorrhagique (crayons à 2-5 et jusqu'à 10-20 0/0 ; tampons d'ouate imprégnés d'une solution à 10-20 0/0) ; enfin dans le traitement de la leucorrhée du col (2 injections par jour de 1/2 litre, avec une solution d'alumnol à 1/2-1 0/0).

Dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, M. Chotzen a obtenu des résultats exceptionnellement satisfaisants, en faisant faire aux malades 3 ou 4 injections quotidiennes d'alumnol (solution à 1-2 0/0) chacune, de la valeur de 6 cc. Sitôt les gonococcus disparus de l'écoulement, le nombre des injections était réduit à une par jour.

L'alumnol, au dire des deux auteurs, est appelé également à rendre de bons services dans le traitement des dermatites aiguës et chroniques (préparations à 10, 20 et jusqu'à 50 0/0 suivant les circonstances) ; dans les cas d'otite moyenne suppurée (en poudre), et pour tarir l'écoulement des larmes, lors d'une exploration pratiquée sur un œil ou au moment d'une cautérisation (solution à 4 0/0). E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Epidemic Influenza ; a Study in Comparative Statistics. (Influenza épidémique ; étude par statistiques comparées), par F. A. Dixey, M. A., D. M... (*Oxford, Clarendon Press*, et H. K. Lewis, éditeur, 36, *Gower Street, Londres*, 1892).

L'auteur entreprend dans son travail l'étude des épidémies d'influenza depuis 1847. Ce travail est divisé en trois chapitres. Le premier comprend les épidémies, en général, de 1847, 1848, 1889 et 1890, et est subdivisé en quatre principaux paragraphes les caractères généraux de l'éclosion de l'épidémie ; l'influence des conditions météorologiques ; les effets de l'influenza épidémique sur la mortalité due à d'autres affections ; enfin des relations de l'influenza avec les divers âges de la vie.

Le second chapitre traite plus particulièrement de l'épidémie ayant sévi à Londres en 1891. Il est subdivisé également en quatre paragraphes comprenant les mêmes titres que ceux du chapitre premier.

Dans le troisième chapitre on trouve des éléments nombreux sur les épidémies de 1891 et 1892 ayant sévi à Londres, Paris, Berlin et les autres villes d'Europe ; mêmes subdivisions que pour les deux autres chapitres.

Ce travail renferme, pour les épidémiologistes, des renseignements précieux ; il est en effet pour une bonne partie constitué par des notes de statistiques extraites du Registrar General's Department, pour Londres, et des rapports des autorités compétentes pour Paris, Berlin et autres villes du continent. Des courbes et des tracés graphiques pratiques et bien ordonnés sur la mortalité de l'influenza et de ses complications ou des affections qu'elle vient compliquer (bronchite, pneumonie, phthisie, maladies de la circulation, coqueluche, sénilité, causes variées, etc...) lui sont annexées, et permettent de se rendre compte d'un coup d'œil du rôle que jouent ces diverses affections sur la mortalité par influenza.

Le travail de M. F. A. Dixey est donc très instructif et trouve sa place dans toute étude sur l'influenza. Il y existe une lacune car il ne renferme et ne peut renfermer qu'une partie des statistiques pour 1892. Pour 1890 et 1891, au contraire, les renseignements statistiques sont très complets et très approfondis.

R.-F. M.

Étude sur les pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, par M. Aschpiz. — Thèse Paris.

La pleurésie est loin d'être une affection rare au cours du rhumatisme articulaire aigu, on la rencontre fréquemment surtout chez les enfants. Si les observations sont peu nombreuses cela tient à ce qu'en général on a pris l'habitude, lorsqu'on est en présence d'un rhumatisant, de chercher immédiatement par l'auscultation des lésions cardiaques sans trop se préoccuper des phénomènes pathologiques qui se passent du côté de la plèvre et du poumon. Il faut bien reconnaître, au reste, que le début de ces pleurésies est insidieux, qu'elles s'établissent sans frisson ni point de côté. Souvent doubles et presque toujours à épanchement qui a même pu être hémorrhagique, elles surviennent le plus souvent après la péricardite et débutent alors par la plèvre gauche. L'épanchement a comme caractéristique d'être très mobile, de se produire et de se résorber facilement.

L'auteur fait suivre son mémoire de huit observations intéressantes dont cinq sont inédites.

Ch. Amat.

Dissections illustrated, a graphic handbook for students of human anatomy, by C. Gordon Brodie. F. R. C. S. with plates drawn and lithographied by *Percy Highley*. In four parts. Part I. The upper limb. Londres et New-York, Whittaker and Cᵉ. Price 8 s. 6 d.

Faudra-t-il désormais compter l'année 1892 parmi les époques climatériques de l'anatomie humaine? La réponse ne serait pas douteuse, si l'on s'en référait uniquement au grand mouvement de librairie que, durant ces derniers mois, la science du scalpel a suscité, en France comme chez nos voisins. De nombreux et importants ouvrages se complètent ou s'achèvent; d'autres, qui promettent d'être volumineux, inaugurent leur publication. Ainsi, en Allemagne, Fr. Merkel terminait récemment le premier tome de sa remarquable anatomie topographique. A Paris, le professeur Tillaux a refondu le livre magistral où tant de générations ont appris l'anatomie appliquée. Voici peu de jours qu'ont paru les « organes sensoriels » du professeur Testut, un digne pendant à cette névrologie à la fois si documentée et si limpide à laquelle élèves et praticiens ont fait un éclatant succès. On met en vente actuellement une nouvelle édition corrigée des deux premiers volumes du traité descriptif dont ils font partie. A côté de ces maîtres, un jeune, M. Sebileau, le vainqueur du concours d'agrégation, retrouve, sous une autre forme, le même accueil que recevaient naguère à Clamart ses *démonstrations* aussi brillantes qu'originales. Un vulgarisateur dont le nom a marqué dans l'enseignement libre, le Dʳ Fort, réimprime pour la cinquième fois le manuel qui, pendant plus de vingt ans, a disputé à nos grands classiques la faveur des étudiants. Cet été, enfin, en moins de six semaines, M. Poirier a publié « Quinze leçons d'anatomie pratique » et 300 pages sur l'Anatomie médico-chirurgicale du crâne. On sait en outre qu'il vient d'assumer la direction d'un syndicat international qui fait annoncer trois gros fascicules pour les étrennes.

L'Angleterre, à son tour, prétend ne pas rester en arrière. Sous le titre heureux et suggestif de *Dissections illustrated*, nous arrive de Londres la première partie d'une anatomie des régions conçue sur un plan entièrement neuf. Dans cette œuvre, le dessin occupe une place prépondérante. L'auteur, M. C. Gordon Brodie, professe qu'à défaut de la dissection elle-même, rien n'égale les procédés graphiques pour fixer ou pour rafraîchir la mémoire des faits. Une bonne planche est, en général, d'un enseignement plus rapide et plus précis que la meilleure des descriptions.

Ce premier fascicule comprend l'anatomie du membre supérieur. 17 planches en couleur, de format in-4°, nous montrent successivement les différentes régions de l'appendice thoracique, depuis l'épaule jusqu'à la main. Les organes y sont représentés, ou peu s'en faut, dans leurs dimensions naturelles.

Un texte succinct, mais suffisant pour orienter l'élève, est annexé à chacune des planches et leur sert comme de préface. Lorsque l'obligation s'en impose, des tracés schématiques, encadrés dans le texte, éclairent l' « illustrated dissection » et la description qui l'accompagne. Enfin, au regard de chaque lithographie, se trouve un index fort complet et bien ordonné. Aux divers systèmes organiques correspondent des signes de renvoi différents. Ainsi le système musculaire est désigné par des capitales; des caractères italiques indiquent les vaisseaux; les chiffres sont réservés aux filets nerveux. Ces petits détails ne laissent pas d'avoir leur importance. Ils facilitent et abrègent singulièrement les recherches, en évitant la confusion.

« En anatomie, le *scalpel* doit être le *frein* de l'imagination, » écrivait naguères d'une plume légèrement prudhommesque, un auteur qui ne prend pas peut-être toujours à la lettre ses propres préceptes. Pour habiller ses aphorismes d'un style moins métaphorique, nul doute qu'en cette matière M. Brodie, avec tout un chacun du reste, ne pense comme l'auteur précité. On voit que ses figures sont prises sur *le vif*. En topographie anatomique, un dessin n'a de prix qu'à la condition de reproduire une bonne préparation. Les artifices, les simplifications, les procédés un peu schématiques qu'exige souvent l'anatomie descriptive au profit de la clarté et pour l'intelligence des faits, ne sont plus de mise, alors qu'il s'agit d'étudier l'ensemble d'une région. Il importe que les organes ne soient pas trop déviés de leur situation normale et leurs rapports respectifs doivent être conservés dans la mesure du possible.

A cet égard, l'auteur, qui nous apparaît comme un prosecteur exercé et un virtuose d'amphithéâtre, peut se flatter d'avoir absolument réussi. Quelques-unes de ses préparations méritent d'être citées comme des modèles, en particulier celles de l'aisselle et du plexus brachial. En ce qui concerne l'exécution des planches, nous trouvons à peine un desideratum à énoncer. Parmi les bonnes raisons que l'auteur ne manquerait pas de lui opposer, j'en sais une, la raison d'économie, qui n'est pas sans valeur dans un livre destiné aux élèves. Mais je crois qu'on aurait pu passer outre. Ainsi, nous aurions désiré des colorations plus nombreuses. Les planches sont tirées en 4 tons; mais les muscles et les vaisseaux bénéficient seuls du coloris et des avantages qu'il comporte. Il serait à souhaiter que les os et la graisse fussent aussi teintés. L'aspect et la clarté des figures gagneraient à cette addition; les aponévroses, les tendons, les nerfs, tous les tissus de teinte blanchâtre se détacheraient beaucoup mieux. Le remède

est d'ailleurs peu coûteux et nous espérons que, dans une prochaine réimpression, les éditeurs pourront satisfaire à notre vœu. Nous demanderons aussi à M. Brodie d'augmenter un peu le nombre des planches. Quelques coupes sur des sujets congelés présenteraient une incontestable utilité pour l'étude des rapports.

En résumé, par le plan, par l'exécution, ajoutons, ce qui n'est pas sans intérêt, par leur prix, les « illustrated dissections » diffèrent de nos grands atlas. Cet ouvrage nous paraît appelé à rendre des services même à ceux de nos étudiants qui sont le moins familiers avec la langue anglaise. La terminologie latine en usage chez les anatomistes d'outre-Manche et d'outre-Rhin facilite la lecture des légendes. Espérons que les trois autres parties, membre inférieur, tête et tronc, ne tarderont pas à voir le jour. Nous les attendons avec impatience.

BULLETIN

L'épidémie cholérique dont nous venons d'être témoin a déjà fourni matière à de nombreux mémoires et communications, qui seront autant de documents utiles à consulter pour les nosologistes de l'avenir. Les auteurs de ces différents travaux se sont préoccupés principalement du traitement: mais on doit reconnaître que les résultats énoncés par eux ne sont guère satisfaisants ni encourageants. Ainsi, à la Société médicale des hôpitaux, nous avons entendu critiquer la plu part des méthodes et formuler des doutes sur leur efficacité. Cette critique n'a même pas épargné la méthode si rationnelle des injections intra-veineuses de sérum artificiel que M. Hayem a créée et vulgarisée et que nous persistons à considérer, pour notre part, comme l'acquisition la plus importante qui ait été réalisée dans le traitement de la plus grave des maladies infectieuses. On pourrait se demander ce qui subsistera à la suite de cette revision et ce qu'il adviendra des traditions sur lesquelles était fondé le traitement d'une maladie qui compte autant d'indications que de symptômes. En fait, celui qui consulterait les unes après les autres les opinions récemment exprimées, avec l'espoir d'y trouver un guide sûr en cas d'épidémie, serait exposé à un véritable embarras et mis dans la nécessité de prendre le parti, peut-être le plus sage, de s'en rapporter à lui-même pour le choix des moyens à opposer à tel ou tel cas ou à telle ou telle indication.

Nous devons pourtant une mention aux tentatives nouvelles, même les plus hardies, et nous devons enregistrer les résultats que les initiateurs de ces nouveautés paraissent en avoir retiré. Voici, par exemple, un médecin russe, M. Ouspensky, de Saint-Pétersbourg, qui a expérimenté les injections sous-cutanées de suc testiculaire chez ses cholériques, et qui affirme en avoir retiré des effets extrêmement favorables. Notre confrère a voulu mettre à profit les remarquables propriétés dynamogènes de l'émulsion testiculaire qui, d'après les recherches de M. Brown-Séquard, rehausse le *tonus* du système nerveux, concourt à la régularisation de l'action du cœur, relève le pouls, renforce les processus d'oxydation et finalement active les fonctions intimes des organes. Conformément à cette donnée, il a pratiqué des injections chez une dizaine de sujets, tous atteints gravement et considérés comme perdus d'après les inductions pronostiques; or, sur ce nombre, deux malades seulement ont succombé, les autres se sont rétablis définitivement dans un espace de temps assez court. Cela représente une proportion de 80 0/0 de guérisons, chiffre magnifique si on le compare à ceux de la statistique habituelle qui donne une moyenne de 50 0/0 de décès, et même de 60 0/0 dans certains pays comme les bords de la Caspienne et la Caucase. Nous devons ajouter tontefois, pour être juste, que M. Ouspensky n'a point exagéré la valeur des faits, qu'il en a plutôt raisonné froidement l'interprétation, discutant lui-même les objections auxquelles celle-ci peut fournir matière. La principale et la plus valable de ces objections est relative au petit nombre des faits qui forment la base du mémoire de M. Ouspensky, car un appoint aussi faible n'autorise guère de conclusion d'ensemble et infirme par avance toute tentative de généralisation concernant la valeur de la méthode. Évidemment l'appréciation de celle-ci exigerait une expérimentation beaucoup plus étendue qui n'a pas encore été réalisée : car on ne doit citer ici que pour mention quelques essais isolés qui ont été mentionnés çà et là et dont les résultats négatifs ne constituent pas un argument suffisant contre la méthode. Du reste, M. Ouspensky a lui-même indiqué une autre application des injections séquardiennes, en exprimant l'idée que ces injections pourraient peut-être exercer une action préventive. Il s'est demandé si, pratiquées pendant l'état de santé, elles n'auraient pas pour effet de renforcer l'organisme et de mettre celui-ci en état de défense et d'immunité vis-à-vis de l'empoisonnement cholérique. Ce n'est là jusqu'à nouvel ordre qu'une idée théorique, une simple vue de l'esprit, qui ne comporte guère de sanction clinique ou expérimentale. Il faudrait, pour lui donner cette preuve, un champ d'observation que l'on ne peut créer à volonté, et même dans les conditions les plus favorables, la critique trouverait encore matière à des objections que l'on entrevoit par avance et qui n'autorisent pas de ce côté de bien grandes espérances.

— La Société de chirurgie a repris la discussion précédemment ouverte au sujet du traitement opératoire des névralgies abdominales chez la femme. Il s'agit là d'une question encore très obscure, très embrouillée, que chacun est naturellement disposé à résoudre dans le sens de sa propre expérience. Dans cette deuxième partie du débat, les orateurs ont été un peu moins affirmatifs et ont formulé des restrictions qui se justifient suffisamment par les difficultés du diagnostic et par l'incertitude des résultats issus de l'intervention. Ils ont paru aussi accorder plus d'importance aux contre-indications d'ordre général, principalement à celles qui peuvent être tirées de l'état du système nerveux central, de la coexistence de symptômes franchement hystériques, etc. C'est là, en effet, que réside une des principales difficultés du problème, peut-être la plus grande, car ces affections douloureuses de l'abdomen chez la femme se développent très fréquemment sur un terrain hystérique, et on est par conséquent toujours autorisé à craindre que l'intervention réclamée, loin de produire le soulagement désiré, ne fasse naître une cause d'excitation locale, qu'elle ne devienne un stimulus et en quelque sorte un prétexte pour l'explosion ultérieure d'un état nerveux toujours en imminence de manifestations pathologiques et de déséquilibration. M. Reynier a certainement compris la valeur de cette objection, et d'autres qui lui sont connexes, car il a spécifié expressément, au nombre des cas qui commandent l'abstention, ceux dans lesquels il existe concurremment une lésion du système nerveux central. En même

temps, il a cru devoir rappeler que l'opération même la mieux motivée n'atteint pas toujours son but et qu'elle peut même être suivie d'une aggravation de l'état nerveux préexistant.

Cette dernière remarque s'applique particulièrement aux femmes atteintes de troubles psychiques, chez lesquelles on doit toujours prévoir une recrudescence du désordre mental. Mais on doit l'appliquer également à l'hystérie, qui confine à la vésanie par tant de côtés. Ces considérations si bien motivées ont reçu l'appui de MM. Kirmisson, Routier, Terrillon, Pozzi, etc.

Il se trouve précisément que la même question vient d'être portée à la tribune de la Société médicale des hôpitaux, par une communication de M. Debove dans laquelle notre collègue a raconté l'histoire d'une femme chez laquelle l'apparition des phénomènes hystériques succéda manifestement à l'ablation des trompes et des ovaires. Jusque-là on n'avait observé chez cette malade aucun trouble nerveux, aussi est-on en droit de se demander si, chez elle, l'hystérie n'a pas été provoquée et en quelque sorte créée par l'intervention. Peut-être cette dernière interprétation est-elle excessive, mais il n'en est pas moins certain que dans ce cas l'opération n'a constitué qu'une solution bâtarde et incomplète. Ce jugement pourrait s'appliquer de tous points aux faits de M. Desnos, qui a vu deux fois l'aliénation mentale survenir à la suite de l'ablation des ovaires. On voit par là combien l'appréciation de l'opportunité de l'intervention en cas de névralgie ovarienne est chose délicate, réfractaire à toute solution uniforme et précise. Aussi peut-on croire que désormais l'abstention, en pareille matière, sera de plus en plus la règle de conduite des chirurgiens.

P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Acné.

Soufre précipité	0,75
Esprit de camphre	V gouttes.
Glycérine.............	2 grammes.
Eau de chaux.........	30 —

Faire une large lotion le soir, et laver à grande eau le matin.

On peut encore employer, le sublimé carrosif en solution à 1 pour 1.000 dans une émulsion d'amandes douces.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Ataxie locomotrice.

On peut modifier la méthode de suspension dans l'ataxie locomotrice par les moyeus suivants. Flexion forcée des cuisses sur l'abdomen, les jambes étant étendues sur la cuisse. Par elle-même, la méthode est pénible, mais elle amène une sédation réelle sur les phénomènes médullaires douloureux.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Injection uréthrale contre la blennorrhagie.

Bichlorure d'hydrargyre	0,03
Sulfophénate de zinc.........	2 grammes.
Acide borique................	6 —
Eau oxygénée.................	120 —
Eau distillée................	Q. S. pour 190 gr.

Injection matin et soir.

(A. Hewson. *Med. Record*, 28 mai 1892.)

Prurit de la vulve.

Nitrate d'alumine............	1 gr. 25
Eau..........................	120 gr.

Faire sur les parties des lotions 2 ou 3 fois par jour, et faire des injections vaginales de la même façon.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Bubon.

Employer l'onguent suivant en applications topiques :

Ichthyol.....................	15 grammes
Lanoline.....................	45 —

(A. Hewson. *Med. Record*, 28 mai 1892.)

Dysentérie.

Salol.............	4 grammes.
Sirop de Tolu......	8 —
Extrait d'opium....	0,10 centigrammes.
Cognac............	90 grammes.
Eau de gomme.....	200 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Contre l'hypertrophie de la rate.

Sulfate de quinine..... / Fer réduit..........	ââ 8 grammes.
Sulfate de strychnine.. / Acide arsénieux.......	ââ 0,15 centigr.
Extrait de gentiane.......	Q. S.

Pour 70 pilules.

En prendre trois fois par jour.

Si l'estomac est malade et ne peut supporter ce traitement, commencer par une pilule par jour et accroître progressivement jusqu'à 3. Arrêter la fièvre pendant deux ou trois jours avec la quinine avant d'entreprendre ce traitement. Poursuivre la médication pendant deux ou trois mois, à moins que les effets ne soient évidents avant cette époque et que la rate n'ait subi une réduction en volume. Pour les enfants, le citrate soluble de fer, l'iodure de potassium et la liqueur de Fowler combinés, administrés dans un véhicule de sirop d'écorces d'oranges amères ou un élixir convenable, donnent d'excellents résultats.

(B. P. Wilson. *Med. Record*, 28 mai 1892.)

NOTES ET INFORMATIONS

L'École dentaire de Paris célébrait hier soir, en son hôtel (57, rue Rochechouart), sa réouverture des cours (13e année) sons la présidence de M. Emile Ferry, député de Paris, maire du IXe arrondissement. Cette solennité, dont l'éclat augmente chaque année, coïncide aujourd'hui avec la réglementation de l'art dentaire.

Cette institution qui, dans ce genre, fut la première créée en France par les preuves qu'elle a fournies tant au point de vue philanthropique qu'au point de vue scientifique, mérite bien les marques de haute estime que lui accorde le gouvernement, la reconnaissance d'utilité publique récente en est une preuve de plus.

Parmi toutes les institutions professionnelles, elle restera le modèle de l'École d'application. Tous les éléments y sont réunis pour cela; installation confortable, corps enseignant

nombreux et choisi parmi les notoriétés de cette profession. 25.000 malades y viennent annuellement chercher les soins que réclament cet art qui a fait de si grands progrès depuis sa fondation.

De tous les points du globe on y est venu chercher l'enseignement; l'Angleterre, la Russie, jusqu'à la Chine, etc., lui ont fourni des élèves. Des diplômés de cette année nous citons les lauréats M. Jeay, Mlle Berg, Mme Prussenar, M. Bronssilonski, M. Hofzumahaus, Mme Masson.

En un mot l'École dentaire de Paris a fait ses preuves à présent; et tout praticien désireux de pratiquer l'art dentaire d'une façon moderne ira y chercher les connaissances spéciales qu'elle enseigne.

L'allocution de M. Lecandey, directeur, suivie de l'intéressante conférence humoristique de M. le Dr Isch-Wall tant applaudie, nous fera garder le meillenr souvenir de cette soirée.

L'assistance y était nombreuse, on y remarquait bon nombre de notabilités médicales et politiques; il va sans dire que l'élite des dentistes parisiens s'y trouvait.

NOUVELLES

— M. CHARLES HENRY, maître de conférences à l'École pratique des Hautes Études, onvrira le samedi, 26 novembre, à 10 heures du matin, au laboratoire de psychologie à la Sorbonne, son cours de physiologie des sensations.

Dans le premier semestre, il traitera de la photométrie, des intensités très faibles et de différents problèmes de photoptométrie; il exposera la théorie et les principales applications d'un thermomètre physiologique fondé sur le principe de Carnot; il terminera par le développement des méthodes qui permettent d'explorer l'olfaction.

Des exercices pratiques sur ces matières auront lieu de 11 heures à midi le samedi et à des jours et heures qui seront fixés ultérieurement.

Maladies nerveuses et psychiatrie. — M. le Dr BERILLON, médecin inspecteur, adjoint des asiles d'aliénés, reprendra à la clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, le jeudi 24 novembre, à 10 h. 1/2, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie et à la psychiatrie. Il le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Maladies des enfants. — M. le Dr LEGROUX, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, a repris, dans cet hôpital, ses conférences cliniques le 16 novembre, à 3 h. 1/2, et le continuera les mercredi de chaque semaine, à la même heure, pendant l'année scolaire 1892-93.

Visites, le matin : salles Barrier et Blache, à 9 heures.

Consultations : les lundis et jeudis, à 10 heures.

Chemin de fer du Nord. — SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET BRUXELLES. (Trajet en 5 heures.) — Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 40, 3 h. 50, 6 h. 20 et 11 h. du soir; — départs de Bruxelles à 7 h. 13 et 8 h. 57 du matin, midi 58, 6 h. 3 et 11 h. 43 du soir. — Wagon-salon et wagon restaurant aux trains partant de Paris à 6 h. 20 du soir et de Bruxelles à 7 h. 13 du matin. — Wagon-restaurant aux trains partant de Paris à 8 h. 20 du matin et de Bruxelles à 6 h. 3 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS ET LA HOLLANDE. (Trajet en 10 h. 1/2.) — Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 40 et 11 h. du soir; — départs d'Amsterdam à 7 h. 20 du matin, midi 30 et 5 h. 35 du soir; — départs d'Utrecht à 8 h. 1 du matin, 1 h. 11 et 6 h. 14 du soir.

SERVICES DIRECTS ENTRE PARIS, L'ALLEMAGNE ET LA RUSSIE — *Cinq express sur Cologne*, trajet en 9 h. 1/2: départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 40, 6 h. 20, 9 h. 25 et 11 h. du soir; — départs de Cologne à 8 h. 30 du matin, 1 h. 15 et 11 h du soir.

Quatre express sur Berlin, trajet en 19 heures: départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 40, 9 h. 25 et 11 h. du soir; — départs de Berlin à 1 h. 5, 9 h. 48 et 11 h. du soir.

Trois express sur Francfort-sur-Mein, trajet en 14 heures: départs de Paris à midi 40, 9 h. 25 et 11 h. du soir; — départs de Francfort à 8 h. 5 du matin, 5 h. 25 et 11 h. 43 du soir.

Un express sur Saint-Pétersbourg, trajet en 60 heures, départ de Paris à 9 h. 25 ou 11 h. du soir; — départ de Saint-Pétersbourh à 9 h. du soir.

Un express sur Moscou, trajet en 80 heures : départ de Paris à 9 h. 25 ou 11 h. soir; départ de Moscou à 6 h. 30 du soir.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — Hiver 1892-1893. — *Trains rapides quotidiens entre Paris (gare du Nord), Nice et Vintimille*, composés de voitures de 1re classe, de lits-salons P.-L.-M., de lits-toilette Nord avec cabinet de toilette et water-closet et de wagons-lits (Sleeping-Cars).

Premier départ : de Paris (gare du Nord), le 3 novembre 1892; — de Vintimille, le 5 novembre 1892.

Départ de Paris-Nord (place de Roubaix) à 7 h. 50 du soir.

Réductions notables sur les prix des places de luxe.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Henri Jouve, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

De l'allaitement maternel considéré surtout au point de vue des galactagogues, par Mme Olga GRINIEWITCH, née Sawitzky, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Un volume in-8° broché de 164 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

Berger-Levrault et Cie, éditeurs, 5, rue des Beaux-Arts et Félix Alcan, editeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

La parole intérieure et l'âme, par le Dr A. NETTER, bibliothécaire universitaire à Nancy, médecin principal en retraite, officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique. Un volume in-12 de 166 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 13 AU 19 NOVEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 0. — Rougeole, 3. — Scarlatine 0. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 21. — Affections cholériformes, 1. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 61. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 23. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 23. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 26. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 16. — Sénilité, 17. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 179. — Causes inconnues, 7. — Total : 834.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

EXPULSION SPONTANÉE D'UNE SONDE EN GOMME QUI S'ÉTAIT CASSÉE DANS LE CANAL DE L'URÈTHRE

Par le Dr Paul Fabre (de Commentry).

F..., 45 ans, ancien couvreur, à Commentry, rue Malakoff, était, en mai 1883, tombé d'une toiture de l'usine métallurgique de la Compagnie Châtillon et Commentry et s'était fracturé la colonne vertébrale (région lombaire). Longtemps paraplégique, il assista à l'issue successive des os de son coccyx. Les mouvements revinrent peu à peu. Aujourd'hui il marche, difficilement, mais il marche, à l'aide d'une canne et d'une béquille. La paralysie de la vessie a seule persisté complète.

En juin 1891, pendant deux jours, F... eut des hématuries abondantes à la suite de libations alcooliques exagérées.

Il a l'habitude de se sonder lui-même. Dans la nuit du 2 au 3 juillet 1891, à moitié endormi, il saisit une vieille sonde (une de ces sondes bougie à teinte brune) et lorsqu'il finissait de l'introduire la sonde se cassa, lui en laissant entre les mains environ 0m05 centimètres. Il vint chez moi, entre 3 et 4 heures du matin. L'on sentait l'extrémité coupée de sonde à 3 ou 4 centimètres de l'orifice de la verge. Je cherche à faire progresser l'instrument en avant, me servant, comme point d'appui ou plutôt comme moyen de refoulement, de mon index droit introduit dans l'anus. La sonde se rapproche un peu.

J'introduis alors un petit mandrin métallique à travers la cassure de la sonde et je cherche à le tordre entire-bouchon pour arracher ce bout d'instrument. Le mandrin manque de résistance, je m'arrête et, laissant le premier mandrin en place, je puis en faire pénétrer un deuxième, dont je cherche à placer l'extrémité recourbée dans une position opposée à celle qu'occupe le premier. Je tire sur les deux à la fois. La sonde monte un peu. Je l'entrevois un instant à travers le méat. Je saisis une pince pour m'emparer de la sonde ; malheureusement, je n'ai pas assez de mains à ma disposition et craignant de tirer sur la muqueuse en même temps que sur la sonde, je finis par m'arrêter. La sonde redescend immédiatement. Je me décide à faire une boutonnière, que je pratique à gauche du canal, à 4 centimètres environ au-dessous de l'extrémité de la verge. Je pique la sonde avec mon bistouri et j'essaye de la faire avancer. Mais le patient, qui est cependant très courageux, sent ses forces diminuer en voyant son sang couler (peu abondamment toutefois). Il se plaint toujours de ses coliques. Je suis seul, à moitié vêtu, sans aide, fatigué moi-même. Je préfère retirer le bistouri et je fais passer un stylet par la boutonnière jusqu'au méat pour m'assurer que cette boutonnière est bien faite. Je compte, dans quelques heures, quand il fera grand jour, pouvoir dilater, avec l'aide d'un confrère, l'ouverture artificielle que je viens de pratiquer pour faire passer la sonde. Je recommande donc à F... de rentrer, tout doucement, chez lui et de tâcher de maintenir l'instrument à la place qu'il occupe en ce moment. Vain espoir.

Vers 8 heures du matin, je constate avec mon confrère, le Dr Allot, que la sonde est descendue vers la vessie de 4 ou 5 centimètres. Nous pouvons encore y introduire un mandrin mais nous ne réussissons pas à la déplacer. Nous décidons de revoir ensemble le patient vers 5 heures pour nous entendre sur la conduite à tenir. Le soir, la sonde est encore plus profondément engagée. Les coliques ont presque entièrement disparu. Les urines coulent librement et constamment. Nous nous décidons d'attendre au lendemain, nous demandant si nous n'aurons pas recours à la taille hypogastrique.

Le samedi 4, au matin, F... a dormi tranquillement. Il est toujours debout, en mouvement, changeant de linge à tout instant. Il me dit ressentir un peu de douleur vers le coccyx. La sonde est au même point que la veille au soir. Je me demande s'il ne vaut pas mieux la laisser rentrer tout entière dans la vessie, car il sort par l'urèthre de la substance jaunâtre, de celle qui entoure le tissu de la sonde et l'on peut supposer qu'il ne restera bientôt plus qu'un fin tube d'un tissu devenu flexible qui, au pis aller, formerait le noyau d'un calcul. Car l'urèthre et la vessie de F... sont depuis longtemps tannés et ne paraissent pas vouloir s'irriter de la présence même prolongée d'un corps étranger tel qu'une sonde brisée. Je me décide donc à attendre, et bien m'en a pris ; car une heure après, au moment où je rentrais chez moi, on me prévient que F... me réclame. Je le vois en effet, l'air radieux, tenant entre ses mains l'objet tant recherché.

Suivant son expression, il venait de le cracher en urinant.

J'avais commencé à lui dire que cela s'était vu quelque-

ois, et que c'était même pour cela que je n'avais pas voulu achever de la repousser dans la vessie comme il avait semblé me le demander.

Mais il arrêta net mes explications en me disant que la sonde s'était présentée au méat non par le bout coupé, mais par l'autre extrémité. Ce fragment avait eu donc l'amabilité de venir présenter son extrémité pleine vers le col de la vessie. Une fois engagé, assurément, la progression devenait facile, car le jet de l'urine heurtant la sonde dans son cul-de-sac ne pouvait que l'amener rapidement au dehors.

Dès le surlendemain, ma boutonnière était presque cicatrisée, car j'avais eu soin, par une sonde et en inclinant la verge du côté droit, d'empêcher le passage de l'urine par la plaie qui, je le rappelle, avait été pratiquée du côté gauche.

Le corps du délit mesurait 18 centimètres.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE CLIMAT MARIN ET LA SCROFULE DANS LES ILES DE LA CÔTE BRETONNE,

Par M. G. Variot,
médecin des hôpitaux.

Suite et fin (1)

L'ILE DE GROIX.

Le chenal qui sépare l'île de Groix [du continent a 15 kilomètres de largeur et se nomme les *Coureaux*. De la côte, près de Port-Louis, on aperçoit Groix très distinctement. Lorient est éloigné d'environ 30 kilomètres. Les communications entre l'île et Port-Louis et Lorient sont toujours assez faciles.

Groix a une superficie de 1.500 hectares, dont 1.200 sont parfaitement cultivables; le sol, qui est travaillé surtout par les femmes, produit des céréales en abondance. Mais la source principale de richesse de ces insulaires est la pêche. Les grézillons sont des marins intrépides et d'excellents pêcheurs.

Montés sur des chaloupes pontées, admirablement construites pour tenir la mer, ils s'en vont courageusement au large, jusque sur la côte d'Espagne, pêcher le thon et les crustacés. Les patrons des chaloupes se groupent en escadre, choisissent un chef qui dirige l'expédition.

Lorsque la pêche a été fructueuse, un des bateaux est détaché pour transporter le poisson au port le plus voisin et pour le vendre.

L'intrépidité des grézillons sur mer est légendaire; ils partent sans baromètre pour ne pas être tentés de venir s'abriter à l'approche de la tempête. Aussi très souvent ces braves marins payent de leur vie leur témérité; en dix ans, il y a en 172 noyés sur une population de 4.500 habitants.

On estime à 2.500.000 francs la valeur du matériel de pêche à Groix, comprenant les chaloupes pontées, les canots et les engins divers. Le produit moyen de la pêche de ces insulaires s'élève annuellement à 1 million 500.000 francs.

La population tend à s'accroître dans cette île : en 1881, le nombre des habitants s'élevait à 4.460; il était en 1891 de 4.948.

(1) Voir *Gazette médicale*, 19 et 26 novembre 1892.

La prédominance des naissances sur les décès est notable. Les registres de l'état civil accusent une moyenne annuelle de 133 naissances pour 83 décès.

Bien que les exemples de longévité soient très fréquents à Groix, il arrive que les proportions relatives de la mortalité et de la natalité soient renversées. En 1870, après une épidémie de variole, il y eut 193 décès pour 143 naissances dans l'année.

Malgré cette dure leçon, les grézillons sont très réfractaires à l'idée de faire vacciner leurs enfants, dit le Dr Lejane que nous aurons souvent l'occasion de citer dans cette étude; ils partagent les préjugés assez répandus dans la Bretagne contre la vaccination.

de faire boire du vin sucré et de l'eau-de-vie aux jeunes enfants est assez générale.

Il n'est donc pas surprenant que l'athrepsie enlève chaque année un grand nombre de nourrissons.

Alimentation. Les pêcheurs, à bord de leur bateau, vivent surtout de poisson frais ou salé ; les femmes et les enfants ont une nourriture presque exclusivement végétale ; toutefois, elles font une grande consommation de café au lait, presque à chaque repas. Le pain contient moitié farine de froment, moitié farine d'orge.

A Groix, l'eau est de bonne qualité. On trouve de nombreuses sources d'eau douce qui ne tarissent jamais.

Les maisons sont bien bâties et propres au dehors, elles sont recouvertes d'un enduit à la chaux ; au dedans elles sont bien éclairées et bien ventilées par de larges fenêtres. L'école des garçons, nouvellement construite, est bien aménagée. Le bois manque comme dans toutes les autres îles bretonnes ; pendant l'hiver on brûle des bouses de vaches ou du crottin de cheval réduit en tourteaux avec de la paille hachée et qu'on fait sécher pendant l'été contre les murs.

L'état de la voirie laisse bien à désirer; les chemins ruraux sont défoncés et presque impraticables. Sur les grèves, on accumule des amas de goémons d'où s'échappent des odeurs infectes ; c'est l'engrais du pays.

On laisse pourrir le fumier au voisinage des habitations, aussi bien dans le bourg de Loctudy que dans les autres villages; le purin séjourne longuement à la surface du sol, car la terre est argileuse et imperméable.

En somme, Groix est la plus prospère des petites îles bretonnes que nous ayons visitées, grâce à l'esprit laborieux et industrieux de ses habitants.

Les effets du consanguinisme devraient être les mêmes qu'à l'île d'Ouessant, mais les conditions de milieu sont modifiées par l'aisance de la population grézillonne ; les habitations sont propres et confortables, la nourriture et les vêtements doivent être en rapport avec les ressources plus grandes des habitants. De là sans doute la fréquence moindre de la scrofule que nous avons relevée dans l'enfance.

L'ILE D'HŒDIC.

Hœdic et Honat sont deux îlots voisins l'un de l'autre, situés dans le golfe du Morbihan non loin de Belle-Ile. Je n'ai pu visiter que l'île d'Hœdic, encore y ai-je été conduit par le bateau des ponts et chaussées de le *Palais* ; il n'existe pas de service de communication régulier entre ces îlots et le continent ou Belle-Ile. A Hœdic, il n'y a de port à proprement parler; les barques de pêche se réfugient dans une anse qui fait face aux rochers des Cardinaux ; par le gros temps elles

sont à peine abritées contre les coups de mer. La superficie d'Hœdic n'est que de quelques hectares; une partie des terres est cultivable et ensemencée en céréales dont la récolte ne suffit pas à la consommation des habitants; le reste est couvert par deux étangs d'eau douce, dont l'un est assez vaste. On trouve dans l'île une seule source d'eau douce, dite des Anglais; cette source fournit en abondance une eau claire et limpide et elle ne tarit jamais.

La diphtérie est endémique à Groy et y règne souvent à l'état épidémique sur les jeunes enfants. De novembre 1883 à mai 1885, le Dr Lejane, médecin de la marine, résidant dans l'île, a observé 34 cas de diphtérie ou de croup avec 26 guérisons et 8 morts. En 1891, il y a eu 20 décès dus au croup ou à la diphtérie. La trachéotomie, comme dernière ressource, n'est pas acceptée par les familles. Il serait assez rare d'observer les autres maladies épidémiques de l'enfance, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche.

Pour ce qui est de la scrofule, les résultats de notre enquête sommaire ne sont pas conformes aux observations du Dr Lejane, qui a exercé la médecine à Groix pendant deux ans.

En effet, ce distingué praticien s'exprime ainsi : « La scrofule est plus rare à Groix que dans les communes rurales de la Bretagne; il en existe bien quelques exemples, mais peu nombreux, et nous croyons, sous ce rapport, à l'influence bienfaisante de l'air salin et des grandes brises qui ont passé sur l'Océan ».

Voici, d'autre part, ce que j'ai directement constaté lors de mon inspection.

A l'école des filles, j'ai rencontré 5 enfants portant des stigmates manifestes de scrofule.

F. B..., 10 ans. *Adénites* suppurées du cou. La petite sœur, âgée de 4 ans, a des accidents du même genre. J. B..., 7 ans, *spina ventosa* de l'auriculaire et de l'annulaire; cicatrices au cou. Mère scrofuleuse. N. Q..., 9 ans, *adénites* du cou très volumineuses et suppurées du côté gauche. S. Q..., 11 ans, sœur de la précédente, a de grosses cicatrices bourgeonnantes du cou.

Cette constatation bien rapide de plusieurs cas de scrofule avérée, parmi les enfants de Groix, n'en est pas moins positive; elle est, d'ailleurs, confirmée par la fréquence relative de la tuberculose qui sévit chez les adultes.

« La tuberculose, plus peut-être que dans toutes les autres parties de la Bretagne, fait ici des ravages. Nous avons bien, en deux ans, perdu une vingtaine de malades, du fait de cette affection inconnue, il y a soixante ans, au dire des vieillards. » (Lejane.) La propagation de la maladie aurait lieu par la contagion plus souvent encore que par l'hérédité.

Je me crois donc autorisé à mettre en doute les assertions du Dr Lejane relatives à la diffusion de la scrofule chez les enfants à Groix, d'une part à cause des constatations directes que j'ai pu faire; d'autre part à cause de la fréquence de la tuberculose chez les adultes.

Consanguinisme. « Les habitants se marient presque toujours dans l'île et souvent dans leur village même; aussi peut-on dire qu'ils sont tous parents plus ou moins, et par conséquent consanguins. Depuis 1867 jusqu'à 1883, sur 426 mariages, on compte 102 mariages entre cousins germains ou entre individus nés d'issus de germains (Lejane).

Allaitement. L'allaitement maternel est rare; le biberon est en honneur; d'ailleurs, on sèvre les enfants de bonne heure, le lait est remplacé par des soupes et des bouillies; l'habitude

Les habitants sont au nombre de 300 environ; presque tous les hommes sont pêcheurs. Chaque année le produit de la pêche (poissons et crustacés) s'élève environ à 60.000 francs. Ce sont des commerçants anglais passant à intervalles, qui viennent acheter la plus grande partie du poisson.

Etat sanitaire général, épidémies. — Il y a quatre ans, une épidémie de maux de gorge (probablement la diphtérie) a sévi à Hœdic en même temps qu'à Houat. Les écoles durent être fermées; il n'y eut qu'un seul décès.

L'année suivante la variole a été importée dans l'île et y a fait 32 victimes, sur lesquelles 3 enfants. Aucun des habitants n'était vacciné.

Il est inutile d'ajouter qu'il n'y a pas de médecin à Hœdic; cependant une matrone, qui jouit de la confiance générale, remplit les fonctions de sage-femme. Elle reçoit 3 francs par accouchement et une subvention annuelle de 40 francs lui est accordée par le département.

C'est assurément un maigre salaire pour les services rendus par cette brave femme.

Lorsque les marais se dessèchent, un grand nombre de personnes, jeunes ou vieilles, sont atteintes de fièvres intermittentes. On traite ces accidents avec des décoctions d'un chardon spécial qui croît dans le sable de la grève.

Les maladies de poitrine sont assez répandues à Hœdic. Le nombre des pêcheurs qui atteint la cinquantaine, l'âge requis pour recevoir la pension payée par l'État, est relativement restreint.

Les deux familles G... et B... forment à elles seules la majorité de la population, et ces deux familles seraient très éprouvées par la tuberculose.

J'ai trouvé au fanal de Locmaria, à Belle-Ile, un jeune garçon de 12 ans, fils d'un gardien de phare et qui était atteint d'une coxalgie avec d'énormes abcès par congestion. Cet enfant, était né dans l'île d'Hœdic et y avait passé toute sa première enfance.

Les unions consanguines sont très habituelles à Hœdic, en raison même de l'isolement de la population.

Il n'est pas dans les usages d'allaiter les enfants. Dès les premiers jours de la vie, on fait prendre aux nourrissons des bouillies avec de la farine de froment, et ces repas sont répétés matin et soir.

Les effets de cette alimentation prématurée ne se font pas attendre, sur 14 à 15 décès qui surviennent chaque année, on en compte un tier dans le premier âge.

Les hommes ne mangent généralement pas chez eux; presque tous, au retour de la pêche, se rendent à la cantine qui est tenue par le curé de l'île. Chacun apporte un morceau de porc salé, du poisson et se fait servir du vin et de l'eau-de-vie. Les femmes vivent surtout de pain et de café, elles restent à la maison avec les enfants pendant que leur mari se livre à des libations qui enrichissent la cantine.

Il est rare qu'on consomme de la viande de boucherie ou du poisson frais; celui-ci est réservé pour la vente ou pour alimenter les *osiers* qui servent à prendre les homards ou les crabes.

Les habitations sont basses, humides et mal éclairées. Le sol battu sert le plus souvent de pavé. Comme combustible le bois est presque inconnu, sauf le cas où les Hœdiquais parviennent à recueillir les épaves d'un navire qui s'est brisé sur les récits du voisinage.

J'ai vu des lits dont le linge était d'une malpropreté repous-

sante, cependant ce n'étaient pas des lits clos, des lits bretons.

Les salles de classe, dans l'école, ne sont ni spacieuses ni claires.

A la porte des maisons on accumule les fumiers et les immondices. Mais une des grandes causes d'insalubrité de l'île, c'est la présence des deux étangs qui se dessèchent tous les étés. Un grand nombre de personnes sont prises à ce moment des fièvres de marais qu'elles conservent quelquefois jusqu'à l'hiver.

Néanmoins, les habitants ne font rien pour assainir leurs terres et pour assurer l'écoulement des eaux. Dans ces marais fangeux croissent des osiers qui sont employés pour fabriquer des engins de pêche, et de grands roseaux dont la récolte est faite tous les ans en commun.

Chaque famille a droit à un certain nombre de bottes de roseaux, le curé prélève deux bottes sur chacune des parts.

L'état peu prospère de cette île se rattache sans doute à l'infécondité de la terre et à l'incertitude du produit de la pêche, mais il est augmenté par la constitution théocratique qui régit encore tous les habitants.

Hœdic n'était pas encore érigé en commune, lors de notre visite et le curé était investi non seulement des fonctions ecclésiastiques, mais de presque toutes les fonctions civiles. La cantine unique, installée dans l'île, est un moyen de drainer tout l'argent gagné si péniblement par ces pauvres pêcheurs. Ils sont d'ailleurs très religieux et tellement habitués à leur misère qu'ils ne paraissent pas désirer en sortir.

L'ILE D'OUESSANT.

L'île d'Ouessant semble une parcelle détachée de la presqu'île du Finistère ; elle est assez écartée de la côte bretonne et très isolée. La mer voisine est semée d'écueils et de récifs, des brumes épaisses et de grandes tempêtes règnent souvent dans ces parages redoutés des navigateurs. Les communications avec le continent ont lieu par un petit vapeur qui part du Conquet pour faire le service postal par semaine, quand le temps le permet.

Confinée dans son île par sa situation géographique, la population ouessantine est donc très autonome ; elle compte environ 2.300 habitants. On remarque que les hommes sont en général de haute taille, qu'ils ont le plus souvent les yeux bleus, roux ou gris, et les cheveux bruns, et que leur type ethnique se rapproche de celui des Anglo-Saxons qui ont émigré à Ouessant à diverses reprises.

Le climat marin d'Ouessant est tout spécial ; la température ne s'abaisse pas, dans les mois les plus froids, au-dessous de 0, et la plus haute température de l'année en 1882 a été de 24°,5.

La plus forte moyenne mensuelle a été de 16°,3 au mois d'août et la plus faible de 8°,5 en février.

Mais si la température est relativement clémente, les vents du sud-ouest régnant habituellement, sont d'une force et d'une violence extrêmes : lorsqu'ils soufflent en ouragan il est impossible à un homme qui marche d'avancer.

En 1882, il y eut cent cinquante-cinq jours pluvieux, la pluie évaluée au pluviomètre a atteint une hauteur de 0 m. 853 millim. Ces pluies sont souvent torrentielles et d'une désespérante ténacité ; d'où l'extrême humidité qu'elles entretiennent.

Les brumes communes, comme nous l'avons déjà dit, sont une conséquence des vents régnant.

Le sol de l'île est peu fécond ; une partie seulement des terrains est cultivée par les femmes qui sèment et récoltent l'orge dont on se sert pour faire le pain. La grande végétation, les arbres font entièrement défaut.

De très grandes surfaces sont incultes, l'herbe qui les recouvre est courte et maigre ; elle est tondue par des petits moutons d'une race spéciale qui se multiplient en liberté.

La vente de ces moutons, dont le prix n'excède pas 5 francs, est une des ressources principales des Ouessantins. La pêche des crustacés, des langoustes qui pullulent autour des rochers et des rives de l'île, est très productive en été. Ouessant est bien pourvue de sources vives dont les eaux claires et limpides jaillissent en divers endroits.

Les maladies contagieuses et épidémiques qui atteignent les enfants seraient assez rares. En 1882, le Dr Bohéas signale une légère épidémie de rougeole, il n'a jamais observé de scarlatine pendant son séjour. Cependant en 1876, 60 enfants moururent du croup.

L'île n'est que rarement éprouvée par les épidémies, la scrofule n'en est pas moins très répandue parmi les enfants et la tuberculose parmi les adultes.

« La scrofule à Ouessant, dit M. Bohéas, est une des maladies les plus répandues et, avec la phtisie sa compagne, constitue un des signes les plus indéniables de la dégénérescence de cette race. Presque toutes les manifestations scrofuleuses ont été en effet observées, et cela sur nombre de sujets ; notons, par ordre de fréquence, l'impétigo du cuir chevelu chez les enfants, les vastes eczémas, les adénites scrofuleuses souvent suppurées : du côté des muqueuses, des conjonctivites, blépharites, kératites, des coryzas chroniques ; du côté du système osseux des tumeurs blanches anciennes guéries par ankylose, dont une, chez une femme de 47 ans, profondément débilitée, suppure encore par des trajets fistuleux et donne naissance à des abcès, après avoir été opérée, dit la malade, pour la première fois, il y a trente-neuf ans (cette femme alors en avait 8) ; enfin un mal de Pott chez un garçon de 12 ans avec déviation de la colonne vertébrale sans abcès par congestion apparents ».

J'ai inspecté, lors de ma visite, l'école des petites filles et j'y ai rencontré plusieurs enfants scrofuleux.

Le Dr Coraës, médecin de la marine, résidant à Ouessant depuis un an, a bien voulu m'adresser, en date du 20 août 1891, les renseignement suivants :

« J'ai aussi examiné les enfants des écoles, il y a trois semaines et je dois avouer que je n'ai trouvé que 8 cas de scrofule chez des enfants nés de parents ouessantins.

« Je puis cependant vous assurer qu'il y a beaucoup de scrofuleux dans l'île, surtout parmi les grandes personnes ».

Le rôle du consanguinisme dans l'étiologie de la scrofule est absolument évident dans cette île. Toute la population se compose d'un petit nombre de familles et on ne trouve à Ouessant quelques noms patronymiques.

Les Ouessantins ont une grande aversion pour l'étranger et ils se marient, à peu près tous, entre parents plus ou moins rapprochés.

Mais l'influence du milieu, des mauvaises conditions hygiéniques, vient corroborer les effets du consanguinisme.

Les Ouessantins qui fournissent un contingent d'excellents marins à la flotte sont presque tous pêcheurs. Ils laissent aux femmes les travaux des champs et celles-ci sont vraiment épuisées par ce rude labeur qui n'est même pas interrompu pendant l'état de grossesse le plus avancé. Ces malheureuses mettent leur point d'honneur à se relever très rapidement de

leurs couches; vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accouchement, elles quittent le lit pour reprendre leurs occupations. Pendant que la mère est aux champs, le nourrisson est délaissé; on réussit à l'empêcher de crier en lui faisant téter un chiffon contenant un mélange de sucre et de biscuit pilé.

Bien peu de mères allaitent leurs enfants, même jusqu'à six mois: d'où la mortalité excessive dans le premier âge. De 1872 à 1882, sur 605 décès on relève, outre 37 enfants mort-nés, 120 enfants morts avant l'âge de 8 ans, proportion égale à 1/5 de la mortalité générale.

L'année 1876 n'est pas comprise dans cette statistique; 60 enfants moururent du croup et 18 personnes périrent avec le bateau-poste.

L'alimentation des adultes consiste essentiellement dans du pain d'orge noir et dans un gâteau d'orge compact nommé *fare*, dans du porc salé, du poisson sec et salé, rarement du poisson frais, du lait caillé avec des pommes de terre.

Malgré l'influence prépondérante du clergé sur cette population très religieuse, l'alcoolisme aigu et chronique est extrêmement fréquent.

Hommes et femmes se livrent à cette déplorable passion. En 1882, il y avait 17 débits de boissons dans l'île, et il n'est pas probable que leur nombre ait diminué depuis cette époque.

L'habitation. Les maisons sont généralement orientées de l'est à l'ouest dans le sens de la longueur; les ouvertures par conséquent sont dirigées au nord et au sud. Presque toutes les maisons sont construites sur le même type. Au milieu, un couloir bordé d'armoires et de lits clos; de chaque côté de ce couloir une entrée sombre fait pénétrer dans une pièce réduite, mal aérée, encombrée. Ces deux pièces sont souvent habitées par deux familles différentes. Deux et quelquefois quatre lits clos sont symétriquement disposés. Une large cheminée, à l'antique, constitue encore par son tirage le meilleur moyen d'aération. Le tout est mal éclairé par deux petites fenêtres opposées. La bouse de vache séchée, le varech sont le combustible ordinaire.

Il n'y a pas d'autres pavés que le sol qui est souvent boueux et creusé de trous, où l'eau séjourne et entretient une humidité constante.

Les lits sont de vastes armoires complètement closes sauf, bien entendu, sur le devant, où existe une ouverture pour s'introduire.

Une paillasse, un ou deux draps et quelques couvertures remplacées par les vêtementss chez les indigents, composent toute la literie. Dans cet antre obscur grouillent quelquefois ensemble tous les membres d'une même famille, maris, femmes et enfants mêlés. (Détails empruntés à la thèse du Dr Bohéas.)

Que l'hygiène de la peau soit négligée par cette population, il n'y a pas lieu d'en être surpris; les Ouessantins, comme toute la race bretonne, semblent avoir une horreur pour l'eau de mer; on ne voit guère que les petits garçons se baigner.

Malgré toutes ces conditions d'hygiène sociale si défavorables, les qualités morales ne font pas défaut aux Ouessantius. Les hommes sont d'intrépides marins, soit qu'ils fassent partie des équipages de notre flotte, soit que, de retour dans leur île, ils bravent les intempéries, sur leurs frêles embarcations, pour se livrer à la pêche.

L'habitant d'Ouessant est d'un caractère affable, doux et pacifique. Le vol est rare, les attentats aux mœurs et à la pudeur presque sans exemple, les attentats à la vie inconnus. Ce petit peuple, sauf les cas de rixe et d'ivresse bruyante, se passe fort bien de gendarmes, ce qui est tout à son honneur (Bohéas).

CONCLUSION.

Il est donc bien avéré que la scrofule se manifeste parmi la population maritime des îles, malgré l'action continue du climat marin dans toute sa rigueur. Les observations que nous avons réunies et comparées, dans chacune des îles bretonnes, montrent que la proportion relative des scrofuleux ne paraît pas être la même partout, Groix et Bréhat sont moins éprouvées que Sein et Ouessant; mais n'oublions pas que les deux premières de ces îles sont habitées par une population plus prospère et plus riche que les deux dernières. Le régime alimentaire, la salubrité des maisons se modifient favorablement en même temps que les ressources générales s'accroissent.

Avec tous les observateurs qui nous ont précédé dans cette direction, nous affirmons donc que le climat marin est impuissant à prémunir l'enfance contre les manifestations de la scrofule.

Mais quoi d'étonnant à cela. Il ne suffit pas, en effet, de fournir aux poumons un air pur et vivifiant pour que la cure marine soit complète; il faut aussi, pour que la nutrition générale soit active et régulière, que le tube digestif reçoive des aliments convenables et réparateurs; il faut encore que la peau fonctionne bien et que le système nerveux périphérique soit excité par des immersions répétées et méthodiques dans l'eau de mer. Les médicaments toniques et reconstituants, tels que l'huile de foie de morue, les phosphates, les iodures doivent être autant d'utiles adjuvants au traitement maritime.

N'est-ce pas d'ailleurs, en plaçant tous les appareils et toutes les fonctions dans de bonnes conditions de milieu pendant un temps assez long, qu'on est parvenu à obtenir la guérison des accidents scrofuleux les plus graves, dans les sanatoria pour enfants.

Rien de plus intéressant, à ce point de vue, que de consulter le livre où le Dr Cazin de Berck a consigné les résultats de sa longue expérience.

A Berck, la plupart des enfants passent plusieurs heures de la journée à jouer, c'est-à-dire à prendre l'exercice physique sur la plage; ceux qui sont impotents respirent librement les brises de la mer dans des salles très spacieuses, dont les fenêtres sont grandes ouvertes.

L'heure des bains de mer, qui sont administrés méthodiquement, est réglée par la marée.

L'alimentation fournie aux enfants est saine et abondante. Les vêtements et le linge sont tenus avec une grande propreté.

Il faut, ajoute M. Cazin, que le traitement maritime soit prolongé pendant une année pour produire les meilleurs effets. Tous ces éléments curateurs réunis s'adressant à l'appareil respiratoire, à la peau, au système nerveux, modifient d'autant plus énergiquement l'organisme des scrofuleux que ceux-ci se trouvaient antérieurement dans des conditions de milieu physiologique plus défavorables.

L'hospice de Berck rend donc des services d'autant plus grands qu'à Paris l'air, la lumière et les aliments sont mesurés avec une égale parcimonie aux enfants des familles pauvres entassés dans des logements insalubres.

On a proposé récemment de remplacer le séjour des enfants assistés scrofuleux dans les sanatoria maritimes, par

le placement chez des pêcheurs de la côte bretonne, choisis comme père nourriciers.

Moyennant une rétribution de 15 à 20 francs par mois, l'enfant scrofuleux ou lymphatique serait confié à une famille de marins — et, dit l'auteur du projet, il bénéficierait des avantages de l'air de la mer aussi bien que dans un sanatorium. — Nous craignons que ce ne soit là une illusion, la famille qui recevra moyennant 200 francs par an un petit pensionnaire sera incapable de le placer dans des conditions hygiéniques satisfaisantes pour l'alimentation, le logement, le vêtement, le confortable général, la balnéation, etc.

Autant le traitement maritime avec les avantages de l'externat sera utile pour un enfant aisé, qui sera entouré des soins de sa famille, autant le sanatorium reste nécessaire pour les enfants de la classe pauvre.

GYNÉCOLOGIE

SUR LA NATURE DE LA SOI-DISANT ENDOMÉTRITE HYPERTROPHIQUE (1),

Par le prof. TREUB (de Leiden).

Messieurs,

Permettez-moi d'appeler votre attention sur un point qui, peut-être, ne vous paraîtra que d'intérêt secondaire. Il ne s'agit, en effet, que d'une question de classification. Mais il me semble que dans le cas qui va nous occuper pendant quelques instants, la place qu'il convient de donner dans le cadre nosologique à la maladie en question, est de la plus haute importance.

La maladie que j'ai en vue est celle désignée communément sous le nom de « endométrite hypertrophique (soit glandulaire ou interstitielle) » et contre laquelle le curettage, l'opération de *Récamier*, est universellement appliqué aujourd'hui avec un plein succès.

Anticipant sur mes conclusions, je vais dire tout de suite que le nom cité me semble absolument faux, puisque la soi-disant endométrite n'a rien à faire avec l'inflammation. Aussi vaut-il mieux de ne pas parler d'endométrite mais d'hypertrophie (glandulaire ou interstitielle) de la muqueuse utérine.

Il y a, pour soutenir ma thèse, deux sortes d'arguments, les uns tirés de l'anatomie, les autres de l'observation clinique.

Les faits, sur lesquels ces arguments reposent, étant bien connus, il ne s'agit ici que de les énumérer rapidement. Commençons par l'anatomie. Que voit-on dans l'hypertrophie de la muqueuse utérine? A l'œil nu, on trouve la muqueuse épaissie également, de couleur rouge pâle et en examinant des lambeaux, retirés par la curette, il n'est pas rare que l'on puisse y voir quantité de petits trous, les ouvertures des glandes dilatées. A-t-on l'occasion d'examiner un corps de matrice entier, on trouve souvent, au beau milieu de la muqueuse épaissie, un endroit où l'hypertrophie est allée beaucoup plus loin et est arrivée à former un polype muqueux que tout le monde est d'accord à regarder comme un adénome.

(1) Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Bruxelles, 1892.

Au microscope, on peut distinguer deux états différents, qui pourtant, dans la plupart des cas, se trouvent plus ou moins mêlés.

Dans l'hypertrophie glandulaire ce sont surtout les glandes, comme l'indique le nom, qui offrent des changements. Elles sont allongées en même temps que dilatées et présentent souvent une torsion en spirale, au lieu d'être droites, comme à l'ordinaire. Cela fait que dans une coupe on voit d'abord beaucoup plus de tubes glandulaires et ensuite que ceux-ci présentent les formes les plus irrégulières. Le stroma environnant peut avoir changé dans ce sens qu'au lieu des noyaux ronds il présente des noyaux fusiformes. Voilà tout.

Autre est l'aspect de l'hypertrophie interstitielle. Là, point de dilatation ni de changement de direction des tubes glandulaires. Il n'y a que le stroma qui soit hypertrophié, de sorte que dans les coupes on ne voit que peu de glandes et celles-ci sont parfaitement normales.

Ni dans l'une, ni dans l'autre forme on ne rencontre jamais, mais au grand jamais, des infiltrations de leucocythes. Et ce serait là la seule trouvaille qui pourrait justifier le nom d'endométrite, donné à l'affection dont je parle dans ce moment.

Avant de quitter l'anatomie, je me permettrai de vous rappeler ce que l'on trouve dans les cas où l'inflammation du revêtement interne de l'utérus n'est pas douteux. Ce sont ceux dans lesquels il y a une sécrétion muco-purulente. Il n'est pas douteux, à mon avis, qu'alors c'est surtout la muqueuse du col qui est malade. On a souvent l'occasion d'examiner des parties de ces cols malades et alors on trouve tout le contraire de ce que l'on voit dans l'hypertrophie de la muqueuse, c'est-à-dire, une forte infiltration de leucocythes, s'étendant souvent bien profondément dans le tissu du col.

Eh bien, que l'on fasse le curettage dans un de ces cas. Au moins vingt-cinq fois contre une, la curette ne retire du corps de la matrice que de très petits débris, absolument impropres à l'examen microscopique et qui diffèrent du tout au tout des lambeaux de muqueuse hypertrophiée dont j'ai parlé tout à l'heure.

Dans les autres cas, rares comme je viens de le dire, dans lesquels le râclage donne de grands morceaux de muqueuse, l'examen microscopique révèle la présence des changements décrits plus haut. Donc, il n'y a alors qu'une combinaison de deux maladies, dont l'une est de nature inflammatoire, tandis que l'autre ne l'est pas.

Pour en finir avec l'examen microscopique, j'ai encore à mémorer que dans ces derniers temps on s'est évertué, et qu'en effet on a réussi, à trouver des microbes dans la muqueuse hypertrophiée. Il est évident que ce fait à lui seul ne prouve absolument rien pour la nature inflammatoire de l'affection. Donc, pour le moment, on devra se contenter d'enregistrer le fait, sans en tirer des conclusions qui ne pourraient être que prématurées.

Laissons là maintenant l'anatomie et parlons de ce que nous enseigne l'observation clinique.

Ici une première question s'impose d'abord. Les symptômes de l'affection sont-ils de nature à faire croire à une maladie inflammatoire de la muqueuse? Évidemment non, puisque dans les cas simples, non compliqués de catarrhe du col, il n'y a qu'un seul symptôme constant, savoir l'aug-

mentation de l'hémorrhagie menstruelle. A côté de la ménorrhagie, qui prend quelque fois le caractère de métrorrhagie, on note des douleurs plus ou moins fortes, soit menstruelles, soit intermenstruelles, mais qui ne se trouvent nullement dans tous les cas.

Ajoutons encore la stérilité et disons que dans quelques cas rares il se trouve un écoulement assez fort de liquide, plutôt aqueux que muqueux, mais absolument pas purulent, et c'est tout.

Il n'y aurait que le dernier symptôme qui indiquerait une cause inflammatoire et encore ne voit-on cet écoulement que dans une minorité minime des cas et, il faut le répéter, jamais la sécrétion n'est purulente.

Comparons la muqueuse utérine à une autre muqueuse, bien connue pour sa tendance à l'inflammation, la muqueuse nasale. A-t-on jamais vu le coryza sans sécrétion franchement purulente? Certainement non. On pourrait faire facilement des rapprochements analogues, mais il me semble que celui-ci suffit à prouver, s'il en était besoin, que l'écoulement non purulent que l'on voit dans l'hypertrophie de la muqueuse utérine, n'a rien à faire avec un état inflammatoire de cette muqueuse. Le dernier argument acquiert encore plus de force quand on se rappelle que c'est surtout dans les cas d'hypertrophie de la muqueuse accompagnant les fibromyômes que l'on voit cette sécrétion.

Ensuite, demandons-nous quelles sont les affections dans le cours desquelles l'hypertrophie de la muqueuse utérine se développe? Je ne parlerai que de celles que l'hypertrophie accompagne régulièrement.

En premier lieu se trouvent ici les flexions de l'utérus et surtout la rétroflexion. Point n'est besoin d'insister sur le fait, connu de vous tous, que la rétroflexion amène presque inévitablement l'hypertrophie de la muqueuse.

Et bien! je demande comment cela pourrait s'expliquer, la nature inflammatoire de la maladie étant acceptée.

D'où viendrait que dans la rétroflexion la muqueuse utérine serait le siège d'une inflammation, tandis que dans le prolapsus, où les chances d'injection doivent être autrement grandes, on peut dire en régle générale que la muqueuse est saine?

D'où viendrait encore que maintes fois la réduction de la rétroflexion, suivie de l'application d'un pessaire, suffit à guérir la maladie de la muqueuse?

Nommons ensuite les tumeurs de la matrice.

Y a-t-il un cancer du col, bientôt la muqueuse s'hypertrophie. La question soulevée par MM. *Abel* et *Landau*, s'il s'agissait dans ce cas d'une (soi-disant) endométrite ou d'une dégénérescence sarcomateuse, est actuellement vidée dans ce sens, que la maladie de la muqueuse du corps accompagnant le cancer du col est bien celle que l'on se plaît à désigner comme endométrite. Mais le fait qu'un anatomiste distingué tel que M. *Waldeyer* n'a pas hésité à prendre le parti de MM. *Abel* et *Landau* est de nature à faire naître des doutes dans l'esprit des plus ardents défenseurs de la théorie inflammatoire, sur la justesse de leur opinion.

En outre, il y a encore une autre espèce de tumeurs utérines occasionnant l'hypertrophie de la muqueuse. J'ai nommé les fibro-myômes. Qu'il se trouve dans la paroi utérine un fibro-myôme faisant saillie dans la cavité, l'hypertrophie de la muqueuse se présente inévitablement. Que le fibrome se développe du côté de la séreuse, la muqueuse reste intacte.

Le fait est bien constaté et on peut le vérifier journellement. Comment faudrait-il expliquer la différence de l'effet provoqué par les fibro-myômes selon la place qu'ils occupent, quand on accepte la nature inflammatoire de l'hypertrophie de la muqueuse?

Pour moi, il n'y a pas de doute que l'on fausse route en parlant d'endométrite hypertrophique et que par là on n'arrive qu'à embrouiller la pathogénie utérine.

Tant de l'examen anatomique que des faits cliniques énoncés, auxquels on pourrait en ajouter d'autres (p. ex. l'hypertrophie résultante de l'involution imparfaite de l'utérus post partum et celle de la ménopause), il résulte que la soi-disant endométrite n'est qu'une hypertrophie, se développant sous l'influence de troubles de la circulation et dans laquelle l'inflammation n'a rien à voir.

Pour terminer, il ne me reste que deux choses à remarquer.

D'abord j'insiste encore sur le fait que dans les cas de métrite du col on ne retire rien du corps de l'utérus par le curettage. Puisque la propagation de l'inflammation du col au corps de la matrice est probable, sinon prouvée, il y a, à mon avis, dans ce fait-là une preuve que l'inflammation non seulement ne donne pas naissance à une hypertrophie de la muqueuse, mais qu'au contraire elle détruit presque entièrement le revêtement interne de l'utérus.

Ensuite il me faut réfuter d'avance une objection, que l'on ne manquera pas de me faire.

Dans le systéme actuellement en vigueur rien n'était plus commode que de regarder l'hypertrophie de la muqueuse utérine comme une inflammation. Qu'une infection gonorrhéique ait lieu, elle se propagera du vagin au col, du col au corps, du corps de la matrice aux trompes et de là au péritoine. D'avance il me faut dire que, moi aussi, je suis pleinement convaincu que les choses se passent ainsi. Mais on ne saurait en trouver la preuve directe dans les changements accompagnant les salpingites. On n'a pas le droit de dire : dans le col on trouve la métrite, dans les trompes le pyosalpinx et entre ces deux l'endométrite hypertrophique, l'inflammation de la muqueuse du corps. Jamais, je le répète, on ne trouve l'hypertrophie de la muqueuse du corps comme effet primaire d'une infection ou à la suite d'une métrite du col.

Quand on la trouve accompagnant une salpingite, elle existe en qualité de maladie secondaire, occasionnée tant par l'irritation de l'ovaire qui prend part à l'inflammation de la trompe, que par les troubles de la circulation résultant de la salpingite et de la pelvén-péritonite.

En terminant, je pose donc les conclusions suivantes :

1° La maladie, appelée communément endométrite hypertrophique ou fongueuse, ne mérite pas ce nom;

2° Ce n'est pas du tout une maladie inflammatoire;

3° L'anatomie tant que l'observation clinique prouvent que le seul nom indiquant le véritable caractère de la maladie est celui d'hypertrophie de la muqueuse utérine.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE DU CHOLÉRA ASIATIQUE

I. — SUR LE CHOLÉRA ET EN PARTICULIER SUR LA RÉCENTE ÉPIDÉMIE DE HAMBOURG, par MAX VON PETTENKOFER. (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 46.)

1. — Dans une récente communication à la Société médicale de Hambourg (séance du 12 novembre 1892), le célèbre épidémiologiste von Pettenkofer, a exposé ses vues sur la pathogénie, le mode de propagation et la prophylaxie du choléra, en invoquant à l'appui de ses idées des expériences nouvelles, instructives au plus haut degré. Voici un compte rendu concis mais fidèle de cette importante communication.

Pour ce qui concerne d'abord l'étiologie du choléra, rappelons que von Pettenkofer a comparé ce problème étiologique à une équation à trois inconnues, x, y et z, qu'il importe de dégager. Chaque fois que nous sommes appelés à faire la lumière sur les origines d'une épidémie de choléra : x représente un *germe spécifique*, propagé par l'intermédiaire des relations humaines ; y est un facteur inhérent aux circonstances de temps et de lieu, ce que von Pettenkofer appelle la *prédisposition temporo-locale* ; enfin z représente la *prédisposition individuelle*, qui joue un rôle considérable dans la genèse de toute maladie infectieuse.

Or, la thèse défendue par von Pettenkofer se résume à dire que les facteurs x et z ne sont pas suffisants pour faire éclore une épidémie de choléra, qu'il faut en plus l'intervention du facteur y. Voici une première expérience invoquée par l'auteur, à l'appui de cette thèse :

Le 7 octobre dernier, M. von Pettenkofer a fait l'expérience suivante, devant témoins : il ingéra *per os*, un bouillon de culture préparé, *lege artis*, avec une culture pure sur agar du bacille virgule de Koch. C'est M. Gaffky qui s'était chargé de la préparation de ce bouillon. Des ensemencements de ce bouillon sur plaques, ont fourni la preuve qu'en absorbant 1 cc. de ce liquide, M. Pettenkofer ferait pénétrer dans ses organes plus d'un milliard de bacilles virgules.

Pour rendre l'expérience plus concluante, M. von Pettenkoffer avait pris la précaution de neutraliser préalablement le contenu de son estomac, en avalant de l'eau commune, additionnée d'une suffisante quantité de bicarbonate de soude. Pendant la durée de l'expérience il ne s'est pas fait faute d'user de toutes sortes d'aliments (fruits, salades de concombres, etc.), qui passent pour favoriser l'éclosion du choléra. Or, l'ingestion du bouillon supposé cholérique n'a eu d'autres conséquences apparentes que d'occasionner quelques borborygmes et quelques selles diarrhéiques.

Cependant les recherches bactériologiques faites par MM. Pfeiffer et Emmerich ont démontré que non seulement les bacilles-virgules en suspension dans le bouillon de culture ingéré étaient parvenus jusque dans l'intestin de M. von Pettenkoffer ; elles ont démontré encore que ces bacilles avaient trouvé dans cet intestin un excellent milieu de culture ; à preuve qu'ils s'y étaient développés au point de transformer les évacuations diarrhéiques en cultures pures du bacille virgule.

Le 14 octobre, les selles de M. von Pettenkofer avaient repris un aspect normal ; ensemencés sur plaques, des fragments de ces selles n'ont fait éclore que quelques rares bacilles isolés. Enfin les matières fécales rendues le 16 octobre à 8 heures du matin ne contenaient plus du tout de bacilles virgules.

M. von Pettenkofer a rappelé la théorie qui prévaut aujourd'hui parmi les bactériologues, concernant la pathogénie de l'attaque de choléra asiatique. On admet généralement que l'attaque cholérique est provoquée, non par suite de l'émigration des bacilles pathogènes de l'intestin dans la masse des autres organes, mais par la résorption d'une substance toxique que sécrètent ces bacilles. Il y a plus de vingt ans, Virchow avait signalé la frappante analogie que présente l'attaque de choléra avec un empoisonnement arsenical aigu. M. von Pettenkofer s'est demandé quelle énorme quantité de poison ont dû fabriquer les millions de bacilles virgules qu'il avait hébergés pendant une douzaine de jours dans ses entrailles, et cela sans qu'il eût ressenti le moindre symptôme d'une intoxication, rien autre, en fait de manifestations pathologiques, qu'un peu de diarrhée !

Conclusion : le bacille virgule peut bien engendrer de la diarrhée, mais non une attaque de choléra, pas plus une attaque de choléra nostras qu'une attaque de choléra asiatique.

M. von Pettenkofer ajoute qu'à Hambourg son expérience aurait peut-être eu un dénouement fatal. C'est qu'à Hambourg, à la date du 7 octobre 1892, l'x asiatique se compliquait d'une quantité suffisante d'y hambourgeois, et que ce dernier facteur pouvait se trouver réalisé dans les organes de l'expérimentateur, de sorte qu'une quantité relativement minime d'x pouvait engendrer une attaque grave de choléra.

Une autre expérience relatée par M. von Pettenkofer a donné des résultats qui concordent avec ceux de la précédente. Le 17 octobre, M. Emmerich a bu, en présence de trois témoins, un mélange de 100 cc. d'une solution de bicarbonate de soude à 1 0/0 et de 0,1 cc. d'une culture du bacille virgule, âgée de 24 heures, très bien développée. M. Emmerich commit à dessein quelques écarts de régime et s'exposa au refroidissement. Malgré tout il ne réussit à s'attirer d'autres désagréments qu'un peu de diarrhée, pendant les huit jours qui ont suivi. Du 18 au 28 octobre on a pu constater la présence du bacille virgule dans les évacuations diarrhéiques, voire qu'à partir du 19 octobre, les selles, qui étaient devenues incolores, équivalaient à de véritables cultures pures du bacille virgule.

Donc, conclut M. von Pettenkofer, les deux expériences faites sur l'homme démontrent que ledit bacille, en végétant dans l'intestin, ne fabrique pas le poison spécifique qui engendre l'attaque de choléra. Les résultats de ces deux expériences concordent avec les résultats des expériences communiquées récemment par le prof. Bouchard, et qui ont été faites sur des lapins. M. Bouchard également était arrivé à cette conclusion, que le poison générateur de l'attaque de choléra asiatique n'est point fabriqué par le bacille virgule. Ce poison est fabriqué dans l'organisme de l'homme, et pas ailleurs.

— M. von Pettenkofer s'est occupé ensuite de la propagation des germes cholérigènes, de la manière dont prennent naissance les épidémies du choléra et de l'immunité de certaines localités. Il a rappelé les arguments et les exemples qu'il invoquait dans son précédent ouvrage sur le choléra (*Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage*, Munich 1873), pour établir que la quantité d'eau pluviale qui tombe dans une localité déterminée et le niveau atteint par les eaux souterraines dans cette même localité ont une grande influence sur le dévelop-

pement des épidémies de choléra, comme aussi sur le développement des épidémies de fièvre typhoïde.

Nombre d'exemples, notamment ce qui passe aux Indes, démontrent que l'humidité est contraire au développement et à la propagation des épidémies de choléra. L'inverse a lieu pour la sécheresse. C'est ainsi qu'une sécheresse exceptionnelle a régné dans les localités où le choléra a sévi dans le courant de la présente année. A Hambourg, par exemple, on a relevé les chiffres suivants, pour ce qui concerne la quantité d'eaux pluviales tombées pendant les mois de juillet, d'août et de septembre :

	1892	Moyenne des années précédentes.
Juillet....	21 mm.	97 mm.
Août.....	53 —	77 —
Septembre.	46 —	64 —
	120 mm.	238 mm.

En même temps le niveau des eaux souterraines s'est abaissé d'une quantité proportionnelle, ainsi qu'il résulte des relevés dressés par l'observatoire maritime et par le prof. Voller. Enfin la température atmosphérique s'est maintenue à un niveau très élevé.

Mais, dira-t-on, les mêmes circonstances météréologiques et telluriques se sont trouvées réalisées dans d'autres localités de l'Allemagne du Nord, où, selon toute apparence, le germe du choléra a dû être emporté dans ces derniers temps, et cependant ces localités sont restées jusqu'ici indemnes.

A cela M. von Pettenkofer répond que vraisemblablement d'autres épidémies visiteront dans la suite certaines de ces localités, que d'autre part le germe cholérigène a trouvé à Hambourg un terrain particulièrement favorable à son éclosion. Cela, en raison de la défectueuse organisation du service des eaux, dans l'opulente ville hanséatique. En d'autres termes, les Hambourgeois en sont réduit à se servir, pour les usages domestiques, et notamment pour les soins de la toilette, d'une eau souillée au plus haut degré. M. von Pettenkofer est entré à cet égard dans des détails très édifiants, et, soit dit en passant, pour lui une eau contaminée intervient comme agent de propagation du choléra, bien plus en tant qu'elle sert aux soins de propreté, qu'en tant qu'elle est utilisée comme boisson.

En résumé M. von Pettenkoffer ne prétend pas dénier au bacille virgule toute signification étiologique, mais il soutient que ce bacille n'est point et ne peut être l'x capable d'engendrer une épidémie de choléra sans l'intervention de l'y. Il ne suffit pas de découvrir le microorganisme spécifique qui est censé engendrer une maladie infectieuse, pour qu'on soit en droit de voir dans cette découverte celle de l'élément à combattre lorsqu'on veut venir à bout de la maladie en question. Témoin ce qui s'est passé pour la tuberculose. « La découverte du bacille de la tuberculose dans l'expectoration des phtisiques fut, scientifiquement parlant, tout aussi importante et tout aussi intéressante que celle du bacille virgule dans les déjections des cholériques. Or depuis la découverte du bacille de la tuberculose, sensiblement plus ancienne que la découverte du bacille virgule, il ne s'est pas trouvé encore un être humain, qui soit plus ou moins mort de phtisie qu'autrefois » (*loc. cit.*).

E. RICKLIN.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE, par le Dr P. HAMONIC, ancien Interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie et lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société de Médecine Pratique, etc... ; un volume broché, in-8 de 632 pages avec 107 figures dans le texte. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1892.

Nous avons entre les mains le Traité des rétrécissements de l'urèthre du Dr P. Hamonic. C'est l'ouvrage le plus considérable qui, croyons-nous, ait été fait sur ce sujet. Il est précédé d'une préface de M. le professeur Tillaux, ce qui est pour le travail une des meilleures preuves de sa valeur. Aussi ne pensons-nous pouvoir mieux faire que de rapporter ici cette préface dans toute son étendue :

« Parmi les fonctions dont l'intégrité est indispensable à la santé physique et même morale, se trouve, au premier rang, la fonction rénale ; or, les rétrécissements de l'urèthre, en apportant un obstacle à l'émission de l'urine, troublent au plus haut point cette fonction et déterminent à la longue des désordres susceptibles d'entraîner la mort.

« L'émission du sperme se fait aussi plus difficilement, quelquefois même est impossible ; aussi la fonction génitale se trouve-t-elle singulièrement entravée, circonstance d'autant plus grave que les rétrécissements de l'urèthre atteignent l'homme de préférence vers l'âge moyen de la vie. Le moral des sujets en est souvent profondément affecté et il en résulte une véritable hypochondrie. Il n'est donc pas étonnant que l'attention des chirurgiens ait été de tout temps portée vers le traitement de cette grave maladie.

« Les rétrécissements de l'urèthre ont donné lieu à un nombre véritablement énorme de travaux et la série est loin d'être close. La preuve en est dans l'ouvrage que M. le Dr Hamonic livre actuellement au public, ouvrage considérable, le plus important, le plus complet qui ait été écrit jusqu'à ce jour sur la matière. M. le Dr Hamonic, qui a été jadis mon interne, m'a fait l'honneur de me demander une préface. Celle-ci ajoutera peu de chose sans doute à la valeur du livre de notre jeune confrère, mais elle aura au moins cet avantage de me permettre de proclamer publiquement en quelle haute estime je tiens et l'auteur et son livre.

« Ce n'est pas mon rôle de montrer ici tous les mérites de ce travail vraiment magistral, mis avec un soin scrupuleux au courant de la science la plus moderne ; mon témoignage serait suspect de partialité ; mais ce que je tiens à dire, et ce qui m'a causé un véritable plaisir, c'est que la conduite conseillée par M. Hamonic dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre est, dans les principales lignes, en conformité parfaite avec la pratique que je suis depuis de longues années, avec celle que j'avais déjà formulée dans ma thèse d'agrégation de 1863 et que je n'ai cessé de conseiller.

« L'étiologie, l'anatomie pathologique, etc., des rétrécissements de l'urèthre constituent sans doute des chapitres très importants de leur histoire ; mais ce qui intéresse surtout le praticien, c'est leur traitement, dont voici à grands traits, la description.

« Le traitement vraiment chirurgical des rétrécissements de l'urèthre date de notre époque et il est de toute justice d'attribuer à Maisonneuve le mérite de l'avoir fait entrer dans cette phase nouvelle, grâce à l'admirable instrument qu'il imagina pour pratiquer l'uréthrotomie interne. Ce n'est

pas que les chirurgiens n'aient fait cette dernière opération bien longtemps auparavant, mais on se servait d'instruments imparfaits qui n'étaient tout au plus que des scarificateurs. Il y avait bien l'uréthrotome de Reybard, instrument dangereux dont on limitait difficilement l'action, et nous n'osions guère l'employer, tant il était aisé de dépasser les limites du canal et de produire des infiltrations d'urine. L'instrument de Maisonneuve accomplit donc une révolution réelle dans le traitement des rétrécissements de l'uréthre, en rendant l'opération facile, rapide, efficace, certaine dans ses résultats, et de nos jours à peu près inoffensive. L'électrolyse linéaire doit être rapprochée de l'uréthrotomie interne dont elle ne diffère que par l'agent de diurèse mis en usage.

« A son apparition dans la pratique, l'uréthrotomie interne était loin d'être exempte de dangers, et je pus fournir dans ma thèse de 1863 des statistiques qui en démontraient la gravité; mais c'était avant l'antisepsie, à une époque où une simple incision cutanée exposait le sujet à l'érysipèle et à l'infection purulente, accident que les jeunes générations ont eu le bonheur de ne pas connaître; mais, je le répète, l'uréthrotomie interne faite correctement ne donne plus guère aujourd'hui que des succès.

« Est-ce à dire que cette opération doive être considérée comme la méthode générale de traitement des rétrécissements de l'uréthre, celle à laquelle il est bon de recourir toujours et d'emblée? Je ne le crois pas, et voici comment il faut, selon moi, diriger ce traitement.

« Commençons par nous rappeler que l'urèthre de l'homme mesure, à l'état normal, un diamètre minimum de 7 à 8 millimètres environ; un instrument de ce calibre doit donc le parcourir aisément *sans effort*. Au-dessous de 7 millimètres, le canal sera considéré comme rétréci, et notre devoir est d'encourager le malade à se soumettre au traitement, bien qu'à cette période les accidents soient ordinairement si légers que les sujets le signalent à peine; le rétrécissement augmentera en effet à peu près fatalement et la cure en deviendra de plus en plus difficile, sans compter que des désordres graves, parfois irréparables, pourront évoluer insidieusement en arrière du rétrécissement.

« Tout rétrécissement de l'urèthre doit donc être dilaté, quel que soit le degré de l'atrésie.

« Il y a la dilatation graduelle et la dilatation brusque. Avec M. le Dr Hamonic, je repousse complètement cette dernière et, par conséquent aussi, les divers instruments divulseurs.

« La dilatation graduelle pratiquée avec des bougies doit toujours être employée par le praticien au début du traitement.

« Cette dilatation graduelle agit d'une manière plus ou moins rapide, non seulement suivant la nature du rétrécissement, mais aussi suivant le procédé employé par le chirurgien. Chacun de nous possède ordinairement un procédé qui lui est propre, et, sons ce rapport, je trouve très ingénieuse la pratique de M. le Dr Hamonic; mais, en définitive, nous arrivons au résultat à l'aide de bougies bien calibrées, introduites successivement dans le canal, jusqu'à restauration complète, ce qui demande un temps variable, toujours plusieurs semaines.

« La dilatation graduelle est donc la méthode générale de traitement des rétrécissements de l'urètre.

« Cette méthode ne réussit pas toujours. Le rétrécissement résistera complètement à l'action des bougies; après un certain résultat obtenu, l'état reste stationnaire; le sujet est atteint de fièvre, de frissons à la suite de chaque séance de dilatation : telles sont les raisons principales qui obligent à interrompre (je ne dis pas à cesser) la dilatation, et c'est alors qu'il faut recourir à la section du rétrécissement avec la lame tranchante de Maisonneuve ou bien avec l'instrument électrolytique.

« Voici un cas fréquent et que je signale à l'attention du praticien. Le canal est rétréci jusqu'à 1 millimètre de diamètre, je suppose et par la dilatation vous êtes arrivé à lui restituer 4 et 5 millimètres, mais vous ne pouvez aller plus loin et vous proposez logiquement l'uréthrotomie interne; or, le malade a déjà retiré un si grand bénéfice du traitement que la fonction lui semble complètement rétablie; il se croit volontiers guéri et ne comprend pas l'utilité d'une opération; c'est à vous de lui en démontrer la nécessité, car la guérison n'existera réellement que lorsque vous aurez atteint le calibre normal.

« L'uréthrotomie interne suffit-elle à guérir le malade? D'une manière générale, non; je ne conteste pas que quelques sujets, abandonnés complètement à eux-mêmes, puissent rester définitivement guéris, mais c'est à coup sûr une exception et il serait imprudent d'y compter. Après la section du rétrécissement, reprenez donc la dilatation et employez de préférence les bougies Béniqué. Pénétrez-vous bien de cette idée, que les rétrécissements de l'urèthre, même bien guéris, ont une grande tendance à la récidive; le canal devra toujours être surveillé et entretenu dans son calibre normal; une exploration annuelle suffira souvent à maintenir la guérison.

« Pour pratiquer l'uréthrotomie interne, il est indispensable de pousser la lame sur un conducteur et de faire d'abord pénétrer dans la vessie une bougie conductrice. Lorsque le rétrécissement est imperméable, c'est alors que se pose l'opération de l'uréthrotomie externe. Je ne saurais établir un parallèle entre les deux opérations qui répondent à des indications différentes, et je rejette, sauf pour les cas très spéciaux (fistules, indurations périnéales), l'uréthrotomie externe avec conducteur. Toutes les fois qu'un conducteur peut être introduit dans la vessie, recourez à l'uréthrotomie interne; dans le cas contraire, l'uréthrotomie externe.

« M. le Dr Jouon, de Nantes, a proposé récemment la résection du rétrécissement et la suture des deux bouts de l'urèthre. Je n'ai aucune expérience personnelle sur ce point, mais je réserverais, tout au plus, cette opération aux seuls cas justiciables de l'uréthrotomie externe.

« Poursuivons jusqu'au bout la cure du rétrécissement de l'urèthre. Ce dernier est infranchissable et nous pratiquons l'uréthrotomie externe. Cette opération est toujours laborieuse surtout si on la compare à l'uréthrotomie interne. Mais de plus elle est parfois irréalisable. Le but que l'on se propose, en effet, est de découvrir les deux bouts de l'urèthre et d'y introduire une sonde volumineuse jusque dans la vessie; or, la recherche du bout postérieur peut être absolument infructueuse; toutes les manœuvres échouent et, par suite, la restauration du canal est impossible. Une dernière ressource reste alors au chirurgien et il ne faut pas hésiter à y recourir, c'est le *cathétérisme rétrograde*. La vessie étant ouverte au-dessus du pubis, une sonde est introduite dans l'urèthre d'arrière en avant par le col et laissé en place jusqu'à la reconstitution du canal.

« Telle est la marche qu'il convient, selon moi, de suivre dans le traitement si compliqué du rétrécissement de l'urèthre et je la formulerai dans les quelques conclusions suivantes : Un canal de l'urèthre qui ne mesure pas facilement de 7 à 8 millimètres de diamètre est un canal rétréci et doit être dilaté.

« La dilatation graduelle avec des bougies est le traitement général des rétrécissements de l'uréthre.

« Lorsque, pour une cause quelconque, le rétrécissement est indilatable par les moyens ordinaires, il faut employer un adjuvant à la dilatation.

« Si l'urèthre est perméable et peut recevoir un conducteur, le meilleur adjuvant est l'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve. L'électrolyse linéaire est également un bon moyen qui fournit d'ailleurs un résultat immédiat identique à celui de l'uréthrotomie interne.

« Un rétrécissement de l'urèthre abandonné à lui-même après le traitement, quel que soit d'ailleurs le moyen employé, récidive à peu près fatalement au bout d'un temps plus ou moins long. Il faut donc reprendre ou continuer la dilatation avec les bougies pour parachever la guérison et la rendre durable. La dilatation sera continuée pendant toute la vie du sujet, à intervalles très éloignés (une ou deux fois par an).

« Un rétrécissement infranchissable est justiciable de l'uréthrotomie externe.

« S'il est impossible de trouver le bout postérieur, il faut pratiquer le cathétérisme rétrograde. »

R. F.-M.

BULLETIN

Les questions de prophylaxie internationale sont toujours à l'ordre du jour, mais la coïncidence chronologique d'une épidémie est bien faite pour raviver momentanément l'intérêt qui s'y rattache. Le public ne doit pas ignorer les efforts accomplis par une petite fraction d'hommes d'élite dans le but d'assurer la préservation des pays civilisés, ni les précautions chaque année mieux comprises que dicte une hygiène de plus en plus éclairée. Il doit savoir surtout que ces efforts ont abouti à un résultat considérable, savoir la suppression à peu près complète de ces mesures vexatoires et à bon droit redoutées qui s'appelaient la mise en quarantaine et la séquestration. A partir de maintenant, ces dispositions d'un code vieilli et démodé peuvent être considérées comme appartenant au passé, et celles qui les remplacent vont supprimer les atteintes à la liberté individuelle et les obstacles à la circulation commerciale dont nos prédécesseurs ont eu si longtemps à se plaindre. Isolement des cas nettement déclarés, mise en observation et surveillance des cas suspects pendant un délai strictement rigoureux, désinfection extemporanée et immédiate de tous les objets capables de servir de véhicule aux contages pathogènes, voilà en quoi se résument les propositions adoptées par la dernière conférence de Venise, conférence dans laquelle nos compatriotes, MM. Brouardel, Proust, Carrère et Catelan ont eu voix prépondérante et ont réussi à faire triompher leurs idées. Cette législation nouvelle réduite à des termes très simples consacre un incontestable progrès sur l'ancien système si coercitif, si dédaigneux de la liberté individuelle. Désormais, c'est l'étuve qui fait presque tous les frais de la prophylaxie, et qui réalise celle-ci d'une manière beaucoup moins coûteuse et plus rapide que ne pouvaient le faire les lazarets d'autrefois. Déjà, ce moyen a fait largement ses preuves dans les grandes villes, dans les agglomérations hospitalières, où le nombre des cas relatifs à telle ou telle maladie infectieuse a diminué sensiblement depuis la mise en pratique régulière du système. Il restait à en faire l'application sur un autre terrain, et surtout aux régions ou localités placées sur le grand chemin de la civilisation et destinées fatalement, par leur situation géographique, à servir de portes d'entrée et en quelque sorte de lieux d'élection pour la pénétration des fléaux épidémiques. Ce desideratum, qui intéressait toute l'humanité, mais particulièrement les nations européennes, vient de recevoir satisfaction et, nous pouvons constater que les résultats acquis, malgré la brièveté du temps écoulé, sont déjà très encourageants. Il suffirait pour s'en convaincre de prendre connaissance des rapports qui ont été récemment publiés, particulièrement de celui de M. Brouardel, qui est comme le résumé des travaux de la conférence de Venise.

M. Brouardel constate dans son exposé que l'utilisation des étuves sous pression, dans le but de détruire promptement les germes cholériques, a déjà rendu de très grands services il y a deux ans, à la frontière d'Espagne, en tant que moyen préservatif vis-à-vis de l'épidémie qui régnait dans ce dernier pays. Le succès fut complet, la maladie s'arrêta au seuil de la France sans pénétrer plus avant.

Il y avait là toute l'indication de la conduite à suivre et des précautions à instituer dans l'avenir. Le savant hygiéniste a donc proposé la généralisation du système et l'installation d'une étuve à bord de chaque navire, dans le but de pratiquer la désinfection immédiate de tous objets ou matériaux suspectés de contamination pendant la traversée. Soumise à la conférence de Venise, cette proposition a reçu l'approbation de la majorité des participants et dès lors a pris la valeur et la force d'une obligation internationale. En plus, on a décidé le remaniement de certains conseils sanitaires, soupçonnés de partialité vis-à-vis de telle et telle puissance.

Le Conseil d'Alexandrie était au premier rang parmi ceux-ci, en raison de son mode de recrutement qui amenait une inégalité de traitement flagrante en faveur de l'Angleterre. L'objectif visé, c'est-à-dire l'application uniforme et équitable du système aux marines de toutes les nations, se trouve donc réalisé maintenant. D'autre part, on a mis à profit les facilités des communications télégraphiques pour suivre la marche des épidémies, et renforcer on même créer des barrière d'isolement sur le passage des voies de pénétration de la maladie. Cette même promptitude d'informations a permis de restreindre encore la contrainte si gênante des quarantaines, qui seront épargnées aux navires indemnes de tout indice de contagion, et réservées exclusivement aux provenances ouvertement contaminées ou simplement suspectes. En ce qui concerne l'Égypte, spécialement visée dans les travaux de la conférence, on a accordé une importance particulière à la station sanitaire de Moïse, appelée à un fonctionnement pour ainsi dire journalier, et dès lors nantie d'une importance de premier ordre. En plus des appareils de désinfection, il s'y trouve maintenant un hôpital de 12 lits, dans des conditions d'aménagement qui permettent l'isolement rigoureux des sujets admis là temporairement.

Enfin les conditions du transit à travers le canal inter-maritime ont été déterminées avec toute la rigueur durable, sui-

vant une progression qui a pris soin de prévoir toutes les hypothèses éventuelles. Tel est, dans sa brièveté concise, le résumé de l'œuvre accomplie par la conférence de Venise, œuvre à laquelle les délégués français ont pris une part active et brillante. Du reste M. Brouardel prend soin d'établir, avec preuves à l'appui, que ce nouveau code de prophylaxie internationale n'entrave que très faiblement la liberté des communications et du commerce, et il ajoute en même temps que la protection de l'Europe, protection déjà effective et visible, méritait bien ce léger sacrifice.

Tous ceux qui prennent à cœur les intérêts de l'hygiène publique s'associeront à cette dernière réflexion et, avec nous, n'hésiteront pas à rendre justice au savant qui, plus que tout autre, était désigné pour représenter notre pays dans un Congrès où sa mission civilisatrice a trouvé une nouvelle et magnifique occasion de s'affirmer.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité du monument Villemin. — M. le professeur Bouchard a adressé au secrétaire-trésorier du Comité, M. le Dr Fournier, la lettre suivante, que nous sommes heureux de reproduire :

« Cher confrère,

« La Commission du prix Lecomte, le plus important des prix de l'Académie des sciences, que l'on décerne tous les trois ans à l'auteur de la plus grande découverte dans quelque ordre de sciences que ce soit, quelle que soit la nationalité de son auteur, a décidé lundi dernier, de décerner ce prix (50 000 fr.) à Villemin.

« Aujourd'hui, par un vote unanime, comme l'avait été celui de la Commission, l'Académie vient d'approuver la proposition.

« L'attribution de cette somme aux héritiers de notre illustre compatriote était le seul moyen qui restait à l'Académie pour honorer la mémoire de Villemin.

« J'ai pensé que vous y trouveriez un encouragement pour l'œuvre à laquelle vous vous intéressez, voilà pourquoi j'ai retardé ma réponse à votre lettre et pourquoi je vous transmets immédiatement cette bonne nouvelle.

« Je vous ferai adresser demain ma souscription (100 fr.)

« Croyez, mon cher confrère, à mes plus affectueux sentiments.

« Bouchard. »

NOUVELLES

Académie de médecine. — Le Conseil municipal, dans sa séance du 28 novembre, a autorisé l'échange d'un immeuble, appartenant à l'Assistance publique, situé rue Bonaparte, avec le terrain primitivement affecté à ladite Académie, avenue de l'Observatoire.

Assistance publique de Paris. — Dans sa séance du 22 novembre 1892, le Conseil municipal a renvoyé à l'examen d'une Commission, la proposition de M. Dubois, ainsi formulée : « Le Conseil estime qu'il y a lieu de former des commissions de surveillance et de perfectionnement dans les hôpitaux de Paris. »

Chemin de fer d'Orléans (hiver 1892-1893). — *Voyage dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

1er *Itinraire.* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

2e *Itinéraire.* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

3e *Itinéraire.* — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets : 1re classe, 163 fr. 50 c., 2e classe, 122 fr. 50.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré, de toute gare des compagnies d'Orléans et du Midi, des billets aller et retour de 1re et 2e classe à prix réduits, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

AVIS. — Ces billets doivent être demandés au moins trois jours à l'avance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, 8.

De l'extraction du tympan et d'une partie de la chaîne des osselets dans l'otite moyenne sèche, par le Dr C. Miot. — Une brochure in-8° de 30 pages, extraite de la *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* — Prix : 1 fr. 50.

A. Manceaux, éditeur, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles, et G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Traité pratique des eaux minérales et éléments de climatothérapie, par le Dr Moeller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique. — *Balnéologie.* — *Balnéographie.* — *Balnéothérapie.* — *Climatothérapie.* 1 volume in-8°. — Prix : 15 francs.

Henry Frowde, imprimeur à Londres, H.-K. Lewis, 136, Gower Street, à London W. G.

Epidemic influenza a study, in comparative statistics; by F.-A. Dixey, M.A.D.M. Fellow of Wadham College. — 1 volume in-8°, cartonné with diagrams and tables.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 20 AU 26 NOVEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 38. — Affections cholériformes, 1. — Phtisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 76. — Bronchite aiguë et chronique, 46. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 58. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 18. — Sénilité, 22. — Suicides et autres morts violentes, 32. — Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 3. — Total : 871.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER. — SERVICE DU PROFESSEUR DUBRUEIL.

Pleurésie purulente ouverte a la région lombaire

Nous avons en ce moment, dans une des salles payantes, un jeune instituteur de 24 ans, qui présente un exemple intéressant de migration insolite d'un empyème, lequel est venu former une collection à la région lombaire, dans l'espace ilio costal. L'empyème et l'abcès lombaire sont à gauche.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade : bien que très grand et maigre, il jouit habituellement d'une bonne santé, et ni dans ses antécédents personnels, ni chez ses ascendants, nous ne trouvons de tare tuberculeuse.

Au mois d'août il a été atteint d'une pleurésie gauche, pleurésie qui a été traitée par l'application d'un large vésicatoire, mais, soit que le vésicatoire ait été mal appliqué, soit qu'il se soit déplacé, il est facile de constater, par la coloration brunâtre qu'il a laissée après lui, que c'est audessous de la douzième côte qu'il a fermé la phlyctène. Quoi qu'il en soit, le malade restait essoufflé et souffreteux, lorsque vers le milieu de septembre, il éprouva une douleur vive et persistante au niveau de la partie supérieure de la région lombaire, douleur qui siégeait exactement sur la partie latérale gauche du rachis ; la marche était impossible. Le 18 octobre, ce jeune homme fut soumis à mon examen. Il me raconta son histoire dans laquelle la pleurésie, d'après lui, n'existait qu'à l'état de souvenir, et appela surtout mon attention sur la douleur lombaire et la grosseur qui l'avait suivie, grosseur qui avait, paraît-il, été considérée comme un abcès en rapport avec une lésion du rachis.

Il me fut facile de constater qu'il existait dans l'espace ilio-costal, vers le bord externe du carré des lombes, une tumeur à grand diamètre vertical, très peu saillante, quand le patient était couché sur le ventre, beaucoup plus apparente lorsqu'il était assis. Cette tumeur, recouverte par des téguments normaux, était mate et manifestement fluctuante. Le liquide ne paraissait pas réductible.

J'examinai ensuite le thorax et je vis qu'il existait à gauche une matité remontant jusqu'au niveau de l'angle inférieur du scapulum, laquelle, jointe à l'absence de vibrations, au souffle et à l'égophonie, indiquaient nettement l'existence d'un épanchement. Sans recourir, je l'avoue à l'épreuve de la pectoriloquie aphone, qui est du reste, loin d'avoir une valeur absolue, je pensai qu'il s'agissait d'un empyème, et qu'il y avait très probablement une relation entre la collection pleurale et celle des lombes. Il n'y avait aucune déformation du côté du rachis ; la pression était douloureuse immédiatement en dehors de la colonne lombaire ; mais si l'on pressait exactement sur les apophyses épi-

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1)

Dès son arrivée à Paris, Marat se fit connaître par une cure qui eut un très grand retentissement, celle de la marquise de Laubespine. Cette guérison lui amena de très bons clients, mais il eut souvent à se repentir de passer pour un médecin célèbre, et les expériences de laboratoire, qui l'avaient toujours passionné, lui firent abandonner la pratique de la médecine.

C'est en 1779, qu'il adresse à l'Académie des sciences, ses *découvertes sur le feu, l'électricité et la lumière*, et la commission chargée d'examiner son travail, reconnaît que « son microscope « solaire ouvre un grand champ à de nouvelles recherches « dans la physique » ; le mémoire est reconnu fort intéressant et l'Académie l'encourage à poursuivre ses études. Il ouvre bientôt des conférences dans la grande salle de l'hôtel d'Aligre, rue Saint-Honoré, et ces conférences sont suivies par Chambon, par Brissot, par l'érudit de Pougens qui écrivait à Brissot : « Je me rendrai chez vous si vous le permettez, afin de « vous demander votre jour et votre heure pour aller ensuite « chez M. de Marat (sic). Mon infirmité (de Pougens était affligé « de cécité), ne sera, je vous l'avoue, que le prétexte dont je me « servirai pour entendre et admirer de près un homme aussi « recommandable que lui par ses connaissances. » Barbaroux fut aussi un des élèves de Marat. Il devait retrouver la plupart de ses auditeurs dans les assemblées politiques.

En 1782, il publie des recherches physiques sur l'électricité. En 1783, il remporte un prix décerné par l'Académie de Rouen, à l'auteur du meilleur travail sur l'emploi de l' « électricité dans le traitement des maladies et, le *Journal de médecine*, l'autorité périodique médicale de ce temps-là, ne lui marchande pas ses éloges. Il remporte également un autre prix sur la question mise au concours : *De la coloration des bulles de*

(1) Voir la *Gazette médicale* du 19 novembre.

neuses, la malade n'accusait aucune souffrance. On ne pouvait, d'un autre côté, invoquer ni traumatisme, ni lésion antérieure de l'appareil urinaire. Il était donc plus que probable qu'il ne s'agissait, ni d'un abcès ossifiuent d'origine rachidienne, ni d'un abcès péri-néphrétique.

Je résolus d'ouvrir cet abcès lombaire, et, séance tenante, je pratiquai, au niveau du bord externe du muscle carré, une incision d'un centimètre et demi, parallèlement au rachis. Il s'écoula une quantité considérable, au moins un litre, de pus séreux et sans odeur.

Pendant cette évacuation, le malade n'éprouva aucun malaise spécial. Quand le pus eut cessé de couler, je tamponnai mollement la cavité de l'abcès avec de la gaze iodoformée et j'examinai de rechef le thorax. La matité avait disparu, sauf à la partie inférieure où il y en avait encore un peu. On entendait le bruit respiratoire normal et on percevait les vibrations; plus d'égophonie.

Mon hypothèse s'était vérifiée; il s'agissait bien d'un empyème ayant fusé dans la région lombaire. Mon index droit introduit dans la cavité de l'abcès arriva sur la face inférieure du diaphragme où je crus sentir une ouverture à la partie postérieure, mais j'avoue que cette sensation était trop peu précise pour que je pusse faire sur elle aucun fondement sérieux.

L'abcès fut tamponné à la gaze iodoformée. Le lendemain, il s'était écoulé pas mal de pus. J'enlevai la gaze et je plaçai un gros drain par lequel je fis une injection boriquée, en prenant mes précautions pour qu'elle ne pénétrât pas dans la cavité pleurale.

Ce lavage est renouvelé tous les deux jours; le malade respire bien, mange et ne dépasse pas 37°.

L'auscultation et la percussion démontrent qu'il n'y a plus d'épanchement dans la plèvre; la suppuration diminue assez rapidement et nous sommes en droit d'espérer une guérison prochaine.

La migration de l'empyème à travers le diaphragme dans l'épaisseur de la paroi abdominale ou dans les viscères abdominaux n'est pas, somme toute, chose fréquente. On l'a vu s'ouvrir dans l'estomac, le côlon transverse, l'appareil urinaire (probablement le bassinet. Mais je laisse de côté ce dernier cas pour ne m'occuper que de ceux dans lesquels la fusée purulente se produit dans la paroi abdominale postérieure, en passant en arrière du péritoine, fusée qui coïncide parfois avec une ouverture de la collection pleurale à travers le poumon ou la paroi thoracique. Je n'ai ici en vue que les faits où, comme dans le nôtre, le pus n'a fusé que vers la partie postérieure.

Même en circonscrivant ainsi le sujet, on trouve que le pus peut prendre deux voies différentes, très probablement suivant le point sur lequel s'est faite la perforation diaphragmatique. On le voit, en effet, tantôt suivre le psoas, tantôt le carré des lombes.

Il est infiniment probable que dans le premier cas la perforation pleurale et diaphragmatique s'est faite au niveau de l'espace circonscrit par l'arcade qui part de la partie externe du corps de la première vertèbre lombaire et du premier demi-anneau aponévrotique servant à l'insertion du psoas pour aboutir à la base de la première apophyse transverse lombaire, et qui entoure le psoas. La fusée se fait alors dans la gaine du psoas, ainsi qu'on le voit dans les observations de Bouveret, de Fischer, etc.

Si la perforation a eu lieu en arrière du ligament cintré, c'est-à-dire, de l'arcade fibreuse qui va du sommet de la dernière côte à la base de l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire et immédiatement en arrière de laquelle se trouve le carré lombaire, c'est dans la gaine de ce muscle que le pus va s'introduire pour apparaître sur son côté externe.

Tel était le fait de notre malade, et je ne désire vous entretenir que des cas semblables.

J'en ai trouvé trois résumés dans le traité de l'empyème de Bouveret De ces trois faits, je puis vous en rapporter *in extenso* deux parus dans les journaux français; quant au troisième inséré dans le *Dublin Journal of medical science*, j'ai dû m'en tenir au résumé donné par Bouveret.

Le *Mercredi Médical* de 1890 (p. 85) contient une leçon de Jaccoud intitulée : *Empyème fusant dans le périnée, le scrotum et la région lombaire.*

Mais en raison de la multiplicité des voies de migration suivies par l'empyème, qui s'était, de plus, ouvert dans les bronches, je laisse ce cas de côté.

Voici les observations :

---

savon. En 1784, il publie des *Notions élémentaires d'optique* et des *Œuvres de physique*, en 1785, des *Observations à l'abbé Sans*, sur l'électricité médicale (j'abrège le titre), la même année, les *Lettres de l'amateur Bon-Sens*, sur la fatale catastrophe des infortunés Pilastre-du-Rozier et Romain, en 1787 une traduction de l'*Optique* de Newton, en 1788, des *Mémoires académiques ou nouvelles découvertes sur la lumière*, etc... C'est tout; l'homme scientifique va disparaître; en 1789, en effet, surgissent les premiers opuscules politiques de Marat que nous n'avons pas à apprécier à cette place.

M. Cabanès nous donne des détails circonstanciés sur la publication des écrits que je viens d'énumérer, les polémiques auxquelles ils donnèrent lieu, les relations de leur auteur avec les savants de son temps. Enfin, s'appuyant sur les données de la physiologie et de la pathologie, il termine par une étude intéressante, plus complète que celle de ses devanciers, sur le portrait psychologique et physique de Marat, sur son état maladif. Le livre de notre confrère est une œuvre de critique, il contient des aperçus nouveaux, qui méritent de fixer l'attention des médecins historiographes, aussi bien que celle des historiens futurs de l'époque révolutionnaire.

II. — M. Paul Sébillot est un travailleur infatigable qui a entrepris de recueillir les vieilles coutumes et légendes populaires, croyances superstitieuses, poèmes et chansons, proverbes et dictons de tous les pays, sur les divers actes de la vie humaine. Il a fondé, dans ce but, une Société de lettrés, publié une revue spéciale, etc. J'ai trouvé dans les documents qu'il publie, qu'il compile avec une grande intelligence, qu'il découvre souvent d'excellents matériaux pour mon *Histoire de la médecine populaire* et n'étant pas égoïste, je puis de temps à autre, les communiquer, par avance, à nos lecteurs, qui ne manqueront pas, à l'occasion, d'aider M. Sébillot dans le travail considérable qu'il a entrepris.

Un exemple : tout le monde sait qu'un bout de corde de pendu porte bonheur à celui qui le possède, mais tous les médecins ne savent pas que la mandragore qui poussait à

« Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, 1877. — L'enfant qui s'appelle X..., qui est âgée de 14 ans, est entrée le 8 février pour une pleurésie au dix-neuvième jour. Mais elle est scrofuleuse et porte à la face, du côté gauche, une fistule osseuse due à la carie de l'os malaire. Cette circonstance fait comprendre le passage de la pleurésie à l'état chronique et sa transformation en pleurésie purulente.

« Quoi qu'il en soit, après dix-neuf jours de fièvre et de point de côté à gauche, l'enfant arriva avec un épanchement pleurétique s'élevant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Il était caractérisé par de la matité postérieure à la base, par de l'absence du bruit vésiculaire à la partie déclive et du souffle à la partie moyenne. On entendait à ce point de l'égophonie et de la pectoriloquie aphonique, présomption de la nature séreuse de l'épanchement. Sous la clavicule, il y avait un peu de son tympanique et du murmure vésiculaire. Les battements du cœur étaient fort réguliers et sans bruit anormal. Cette pleurésie fut traitée par l'infusion de trois grammes de jaborandi et par deux vésicatoires volants.

« Au lieu de diminuer, l'épanchement augmenta et s'éleva jusqu'à la crête de l'omoplate; son niveau parut ensuite s'abaisser un peu, mais la diminution ne fut pas très sensible et l'état parut stationnaire.

« Alors le 4 avril, l'enfant accusa une légère douleur dans la hanche gauche qui enflait un peu.

« En découvrant cette partie, je constate une tumeur énorme de 15 centimètres de haut sur 10 de largeur. Elle occupait le bord supérieur de l'os iliaque et la partie supérieure de la région fessière. Elle était un peu chaude et douloureuse. La peau était blanche, un peu veinée, sans amincissement et on y sentait une fluctuation profonde.

« Malgré la constitution scrofuleuse de l'enfant et la fistule osseuse du malaire, je ne crus pas à la présence d'un abcès froid. Sans affirmer la nature de cette collection purulente, je pensai qu'elle pourrait bien avoir quelque rapport avec la collection purulente de la plèvre et voulus en avoir la preuve à l'aide d'une ponction aspiratrice dans le foyer. Cette ponction fut faite avec une fine aiguille creuse. On retira 90 grammes de pus, et l'aiguille étant obstruée sans qu'on puisse la débarrasser, il fallut l'enlever. Cette petite soustraction de pus suffit pour débarrasser un peu la plèvre et pour permettre d'entendre plus clairement le bruit respiratoire.

« Deux jours après, la poche s'étant un peu remplie, je fis une nouvelle ponction avec une aiguille un peu plus large. Avant je constatai l'état de la plèvre. Il y avait à la base gauche une matité s'élevant jusqu'à la crête de l'omoplate et dans l'aisselle. Dans le point correspondant, souffle bronchique faible, si ce n'est tout à fait en bas où nul bruit ne se faisait entendre. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, on constatait l'existence d'une égophonie assez distincte. Après la ponction qui fit sortir 210 grammes de pus, je constatai le retour de la résonance thoracique, l'apparition du murmure vésiculaire jusqu'en bas et la disparition de l'égophonie. La preuve de la communication lointaine entre le foyer purulent de la région fessière et le foyer purulent de la plèvre était évidente.

« Au bout de quarante-huit heures, l'abcès se remplit de nouveau, et dans la plèvre, je constatai la réapparition d'une certaine matité, l'affaiblissement du bruit vésiculaire et la reproduction d'un faible souffle bronchique.

« Je fis une nouvelle ponction qui ne donna passage qu'à 50 grammes de pus et à une amélioration des phénomènes pleurétiques.

« Deux jours après, malgré notre avis, l'enfant voulut sortir de l'hôpital et sa mère l'emmena dans l'état que je viens de raconter. »

« *Cas de pleuro-pneumonie terminée par un abcès à la région lombaire*, par le Dr Brandécourt. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 382). — G..., (Rose), âgée de 22 ans, fut atteinte d'une pleuropneumonie vers le 20 avril de l'année dernière. Cette maladie n'eut point des allures bien franches. Ainsi il existait bien un point de côté, des crachats blancs, visqueux, de la matité à la percussion ; mais on ne put entendre le râle crépitant propre à la pneumonie. La malade fut traitée par des émissions sanguines, le tartre stybié à hautes doses, et plus tard par des vésicatoires, mais sans succès bien apparent ; les mêmes symptômes persistaient toujours : fièvre, gène de la respiration, matité, crachats visqueux, etc.

---

l'endroit où le pendu avait laissé échapper son urine, était de qualité supérieure, qu'un morceau de bois pris à un gibet de pendu, guérissait diverses maladies, surtout les fièvres tierces et quartes ; qu'une bague faite avec les clous d'une potence quelconque, était souveraine dans la goutte ; que la corde en nature soulageait les migraines, guérissait du mal de dents, etc. Je ne parle pas de l'étymologie, des acceptions et sobriquets, des proverbes, des croyances concernant la destinée, des songes, de la sorcellerie où l'on retrouve les pendus, tout cela est indiqué dans la brochure intéressante de M. Sébillot.

III. — Mon érudit confrère, M. le Dr Guelliot, découvre toujours quelque chose. Je le lui avais prédit. Voici que l'on fouille, en janvier 1890, à l'extrémité d'un faubourg de la ville de Reims, où il réside, d'anciens terrains, que l'on trouve des tombeaux, des stèles, des statuettes et tout naturellement, pour faire plaisir à notre confrère, un cachet d'oculiste. Cet oculiste se nomme Gentianus ; en tant que Rémois, il n'a pas été signalé, mais le nom n'est pas inconnu et le *corpus inscriptionum* de Grüter mentionne plusieurs Gentianus. Les légendes gravées sur le cachet sont l'objet d'une minutieuse analyse et l'examen de ce petit morceau de pierre permet à M. Guelliot de reconstituer ainsi la vie de cet oculiste. Je lui laisse la parole, tout émerveillé de sa sagacité.

« Au IIe ou au IIIe siècle de notre ère, un oculiste du nom de Gentianus exerçait à Reims où il est mort. Il vendait spécialement 4 médicaments qu'il débitait sous son nom : l'un, adoucissant, les autres au cuivre, au misy et aux sucs d'herbe ; il s'en servait contre les conjonctivites, les granulations, les taies de la cornée et l'affaiblissement de la vue. L'os de sèche à l'état naturel ou calciné, faisait aussi partie de son bagage thérapeutique. D'humble condition, peu fort en orthographe, mais possédant probablement des connaissances pratiques sérieuses, Gentianus paraît avoir eu, dans l'antique Durocortorum, ce que l'on appelle une bonne clientèle. Son couteau, le seul des instruments qui nous reste, est élégant ; il avait fait graver son cachet par un bon ouvrier ; enfin, il fut incinéré

« Ce ne fut guère qu'un mois après le début de la maladie que des crachats rouillés furent rejetés; et cette expectoration sanguinolente, accompagnée de fièvre, de matité du côté droit, et d'absence du bruit respiratoire, dura environ un mois, et fut remplacée après ce laps de temps par un catarrhe muqueux ou muco-purulent. La toux était continuelle, malgré tous les calmants auxquels on eut recours, et l'expectoration était excessivement abondante.

« La malade était sans appétit; les forces étaient épuisées; sa fraîcheur et son embonpoint avaient disparu; la matité de la région dorsale, l'absence du bruit respiratoire (du même côté), et la persistance de ces symptômes, malgré l'emploi d'un grand nombre de sédatifs et de révulsifs, me firent penser, dit l'auteur, qu'il existait dans la plèvre gauche un épanchement purulent.

« Je songeais aux ressources qu'offre la thoracentèse lorsqu'une douleur vive se révéla dans la région rénale gauche (au mois de juillet), douleur qui persévéra pendant plusieurs semaines et me fit croire qu'un travail phlegmasique avait lieu dans la région douloureuse, et que probablement le pus de la plèvre cherchait une voie pour se faire jour, soit dans le gros intestin, soit dans les conduits urinaires, soit enfin à l'extérieur. Bientôt je vis mes prévisions devenir moins hypothétiques, car, à la fin du mois d'août, une tumeur apparut dans la région douloureuse.

« Cette tumeur, qui consistait en une légère tuméfaction des tissus, était située dans la région lombaire; elle commençait à environ deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque gauche; elle était limitée en dedans par le rachis, et se laissant apercevoir dans une étendue de trois doigts en hauteur et deux doigts en largeur. La fluctuation était loin d'y être bien sensible; c'était plutôt un empâtement que l'on sentait sous le doigt qui pressait qu'un véritable mouvement de fluctuation, ce qui annonçait que le foyer devait être profond. Je ne doutai pas que ce ne fût là le pus de la poitrine, et je proposai de faire la ponction de la tumeur. La malade hésita d'abord à se laisser ponctionner; mais, vers le milieu de septembre, son état devenant de plus en plus intolérable par l'opiniâtreté de la toux et l'abondance de l'expectoration, elle s'abandonna à ma discrétion. Séance tenante, et sans prendre aucune précaution, de peur qu'en ajournant l'opération, je trouvasse ma malade dans des dispositions moins favorables à mon dessein, je ponctionnai la tumeur avec un bistouri droit que j'enfonçai de 5 centimètres environ avant de voir le pus jaillir.

« L'expression jaillir est le mot convenable, car, à peine mon bistouri fut-il retiré, que le pus sortit avec un jet qui, sous l'influence du mouvement respiratoire, imitait parfaitement le jeu d'une fontaine intermittente. Le lit de la jeune fille fut littéralement inondé, les matelas traversés par le liquide et je ne crains pas d'exagérer la vérité en disant qu'il sortit au moins 3 litres de pus.

« Enfin, je crus que la source était intarissable, et pensant qu'il pouvait être imprudent de vider complètement et immédiatement la poitrine, j'essayai d'arrêter l'écoulement; je n'y parvins qu'avec peine, et même les parents m'apprirent le lendemain que, pendant la nuit, il s'était échappé au moins un litre de pus.

« Ce pus avait à peu près la consistance du lait, c'était un pus un peu séreux, mais de bonne couleur. Il continua à sortir pendant un mois, c'est-à-dire que durant ce laps de temps il en sortait tous les jours une petite quantité, qui était facilement absorbée par le plumasseau de charpie recouvrant l'ouverture étroite de l'abcès. »

Ce qui mérite l'attention des praticiens dans cette observation, ce n'est pas tant, comme le fait remarquer l'auteur, la voie d'élimination qu'avait choisie la nature, que les résultats de l'ouverture de l'abcès. Aussitôt qu'on eût bouché cette ouverture, après l'écoulement des trois premiers litres de pus, on percuta la région dorsale, et l'on retrouva une sonorité bien marquée là où il n'y avait eu jusqu'alors que la matité la plus complète. La partie inférieure seule de la cavité pleurale donnait encore un son légèrement mat. En auscultant, on entendit le bruit respiratoire que je n'avais pu percevoir depuis plusieurs mois.

Mais ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que le lendemain les parents de la patiente assurèrent que leur fille, qui était tourmentée par une toux opiniâtre, n'avait plus toussé, et l'expectoration, qui avait toujours été excessivement abondante, disparut en quelques jours.

Cependant le succès de l'opération resta douteux pen-

---

et ses restes furent déposés soigneusement dans la nécropole du quartier Cérès. »

Il est utile d'ajouter ici, c'est à être jaloux de la chance archéologique de M. Guelliot, que le cachet se trouvait à côté d'une urne funéraire contenant des cendres, celles de Gentianus, sans doute, incinéré là, et recueillies par notre érudit confrère. M. Guelliot termine sa notice par une liste des cachets d'oculistes trouvés à Reims, ils sont au nombre de 16; cette liste contient les noms de ces anciens praticiens et les sources bibliographiques. En résumé, excellente brochure.

IV à VII. — L'œuvre de M. le Dr Faidherbe fils, est vraiment considérable. Elle constitue un de ces travaux d'ensemble, que j'ai tant de fois réclamé et qui, pour une partie du nord de la France actuelle, pour l'ancienne Flandre, est aujourd'hui terminé. J'ai eu l'occasion de voir travailler à Paris, M. Faidherbe, il est patient chercheur, sa ténacité lui a fait découvrir des matériaux inédits et comme il est instruit, il a su utiliser ses recherches.

IV. — Son premier travail contient des détails intéressants sur les léproseries de Tournai, de Bruges, d'Ypres, de Gand, de Lille, etc. Les léproseries étaient fort jalouses de leurs privilèges et comme les médecins de Courtrai, en 1515, s'avisaient de vouloir traiter, en ville, des lépreux non internés, les maladreries adressèrent une requête à Charles-Quint, pour faire cesser cet état de choses. Dans certaines localités, à Lille, par exemple, les bourgeois et bourgeoises de la ville avaient seuls le droit d'être reçus dans les léproseries municipales, les autres lépreux devaient se rendre dans des maisons spéciales.

Leur conduite, d'ailleurs, était régie par les règlements des évêques. Ceux qui avaient une part entière devaient réciter 40 *pater* et 100 *ave* par jour, ceux qui n'avaient qu'une demi-part, étaient taxés à 40 *pater* et 20 *ave* seulement.

La seconde partie de la brochure est consacrée aux hôpitaux de Flandre. Certains d'entre eux, non seulement recevaient des malades, mais jouissaient des prébendes qui devaient

dant quelque temps. Chaque soir la malade éprouvait des frissons, et la nuit l'ouverture de l'abcès laissait sortir une certaine quantité de pus. Les forces diminuaient encore, et l'on désespérait du salut de cette jeune fille. On eut recours néanmoins aux toniques, au quinquina principalement ; les frissons disparurent en même temps que la fièvre ; la suppuration se tarit ou devint insignifiante. Vers le commencement du mois de novembre, tout écoulement de pus avait disparu ; le poumon gauche fonctionnait, mais moins aisément que l'autre, bien entendu ; les forces étaient revenues, et cette fille se trouvait enfin dans un état de parfaite santé, sauf l'apparition des règles, qui n'eut lieu que le 1er décembre. (*Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens*.)

« W. Foot. (*Dublin Journal of medical science*, 1873, janvier, résumé dans le *Traité de l'empyème de Bouveret*, p. 683). — Jeune garçon de 16 ans, admis à l'hôpital le 3 octobre 1891, six semaines après le début d'une pleurésie gauche. L'épanchement paraît enkysté à la base, car seuls les espaces intercostaux inférieurs présentent une dilatation manifeste. L'enfant reste quatre semaines à l'hôpital ; il a de la fièvre, un pouls fréquent et des sueurs profuses. Il se plaint sans cesse d'une douleur qu'il affecte à la partie la plus déclive du thorax gauche, au-dessous de la deuxième côte, vers la masse sacro-lombaire.

« Quelquefois, les élancements douloureux semblent partir de l'angle postérieur et supérieur de l'os iliaque et descendre dans le membre inférieur gauche ; d'autres fois la douleur est ressentie jusque dans le genou gauche. Parfois la malade ne peut étendre la jambe gauche au même degré que la droite. A la fin de décembre, l'empyème faisait saillie à deux pouces au-dessous de la colonne vertébale. Bientôt après, il s'ouvrit et donna issue à une grande quantité de pus.

« Pendant longtemps, le pus continua à couler lorsque la malade toussait. Un an après l'ouverture spontanée, en décembre 1872, la fistule n'est pas complètement tarie ; mais la malade, très améliorée, a pu reprendre ses occupations. »

Dans les quatre observations que je viens de relater l'empyème siégeait à gauche, et dans toutes les autres que j'ai pu consulter et que j'ai laissées de côté parce qu'elles n'étaient pas tout à fait analogues à la mienne, c'était toujours à gauche qu'étaient l'empyème et l'abcès des lombes.

Les jeunes sujets (14, 22, 16 et 24 ans) semblent spécialement prédisposés à cette migration insolite de la collection pleurale. Le fait de la fusée de l'épanchement du côté des lombes ne paraît pas ajouter à la gravité de l'empyème, puisque sur trois cas, on a constaté une guérison, une amélioration considérable permettant au malade de reprendre ses occupations, malgré la persistance de la fistule, et une amélioration immédiate, la malade n'ayant pu être suivie. Quant au mien, la disparition des symptômes thoraciques, la diminution croissante de l'écoulement purulent, l'amélioration de l'état général permettent, je crois, sans être trop optimiste, de compter sur la guérison.

Ces pleurésies étaient-elles à pneumocoques ou à streptocoques, le fait n'est pas relaté dans les observations que j'ai rapportées, et dans la mienne l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Le diagnostic peut présenter quelques difficultés. La région où le pus vient apparaître est celle où l'on observe les abcès périnéphrétiques et où peuvent venir se montrer les abcès ossifluents tenant à une tuberculose vertébrale. La douleur qui accompagne la migration de l'empyème, et qui siège sur le côté du rachis, n'a rien de bien significatif, car on la retrouve, à quelques légères différences près, dans l'abcès ossifluent et dans la périnéphrite. L'absence de déformation rachidienne et de douleur à la pression sur les apophyses épineuses sont des motifs pour éliminer l'abcès par congestion, tandis que la non-existence d'un traumatisme ou d'une lésion rénale doit faire repousser l'idée d'un abcès péri néphrétique. En somme, lorsqu'on se trouve en présence d'un empyème et d'un abcès lombaire, il y a de grandes chances pour que l'abcès soit dû à la migration du pus de l'empyème.

Dans un seul des quatre cas sus-mentionnés, celui de Foot, on peut supposer qu'on a eu affaire à une pleurésie diaphragmatique.

Le traitement par excellence me paraît devoir être l'incision suivie de l'introduction d'un drain et de lavages antiseptiques pratiqués de façon à ne pas pénétrer dans la cavité pleurale. La thoracotomie ne serait indiquée qu'au cas où la perforation diaphragmatique s'étant prématurément oblitérée, les phénomènes annonçant une collection pleurale ont réapparu.

être données à des pauvres pour subvenir à leur entretien personnel. Les prébendiers avaient le droit de mendier en ville, mais ils devaient porter ostensiblement sur la poitrine, une croix blanche, large de deux doigts et longue d'un pied, sous peine de perdre leur prébende. Il y aura lieu de consulter cette partie du travail de M. Faidherbe, lorsqu'on voudra écrire une histoire complète des hôpitaux de cette région de pays.

(*A suivre*) Dr A. DUREAU.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

PHÉNOMÈNES DE LA VIE RÉSIDUELLE DU MUSCLE SÉPARÉ DE L'ÊTRE VIVANT. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DES BASES MUSCULAIRES (1).

Par MM. ARM. GAUTIER et L. LANDI.

Séparé de l'être vivant et mis à l'abri de toute influence microbienne, le tissu musculaire continue à fonctionner. Comme on l'a vu, sa vie anaérobie a pour effet de l'acidifier et de peptoniser une faible proportion de ses matières protéiques. En même temps, une partie de sa myoalbumine se change d'une part en caséine, de l'autre en leucomaïnes diverses. Ses graisses ne varient pas sensiblement. Que deviennent son glycogène et son sucre ? Se forme-t-il de l'ammoniaque, de l'urée, des gaz ? Quelle est la nature et l'action des bases qui s'y produisent ?

g. Glycogène, glycose. — Nous n'avons trouvé que des

(1) Acad. des sciences, 20 juin 1892.

traces de glycose dans la viande fraîche; il n'y en avait plus dans la viande conservée.

Le glycogène de la viande primitive s'élevait à 0 gr. 389 p. 100 (1). Dans celle qui avait été conservée, même au-dessous de 25°, le glycogène avait complètement disparu. En l'absence d'acide lactique, nous pensons qu'il se transforme partiellement en acide carbonique et alcool. On verra qu'il se dégage, en effet, de l'acide carbonique. Quant à l'alcool, il a été caractérisé dans les produits distillés: 1° en le faisant passer à l'état d'acide acétique, puis de cacodyle; 2° en produisant avec lui de l'iodoforme dans des conditions précises que nous ne pouvons développer ici; 3° en le transformant en aldéhyde.

On n'a rencontré dans les viandes spontanément fermentées ni acétone ni aldéhyde ordinaires, mais bien un acide aldéhyde volatil et réducteur indéterminé.

On avait déjà trouvé des traces d'alcool dans la chair musculaire (*A. Béchamp; Rajewski*). Il semble même probable que ce corps est un terme constant de la désassimilation des tissus; on l'a signalé, en effet, dans le lait et dans les urines normales. Il se rencontre presque toujours dans les produits de la vie anaérobie des cellules végétales. Ici nous en distinguons l'origine: nous le voyons apparaître, en effet, dans la viande en même temps que l'acide carbonique et corrélativement à la disparition du glycogène et de ta glycose.

Quant à la disparition de cette dernière substance, phénomène auquel on a donné le nom de *glycolyse*, elle se produit dans le muscle, comme dans le sang, et probablement dans heaucoup de tissus, grâce à un ferment qui paraît, ici du moins, être originaire du tissu lui-même.

h. Ammoniaque; urée. — Voici encore un résultat bien intéressant. Non seulement l'urée ne se produit en aucune proportion dans la viande que l'on conserve (ce qui était à prévoir), mais l'ammoniaque ou ses sels n'y apparaissent pas en quantité de quelque importance. Tout au plus si 100 gr. de viande, qui à l'état frais contenaient 0 gr. 020 de AzH^3, donnent après trente-quatre jours de conservation, dont onze l'étuve à 38-40°, 0 gr. 048 d'ammoniaque. En moyenne, nos viandes se sont enrichies à peine de 0 gr. 017 de AzH^3. Ces traces d'ammoniaque semblent avoir pour origine l'hydratation de quelques matières extractives amidées. L'urée libre ou combinée étant absente, on peut donc affirmer que les viandes, mises à l'abri des germes de l'air, sont incapables de subir spontanément la fermentation uréique ou ammoniacale. Ce résultat démontre par une preuve nouvelle que les fermentations anaérobies qui se passent dans le tissu musculaire libre de microbes diffèrent profondément des fermentations bactériennes, essentiellement hydratantes et ammoniacales.

i. Gaz émis. — La viande, même à l'état frais, contient des gaz; nous les avons extraits par deux méthodes qu'il serait trop long de décrire ici en détail: ou bien on introduisait la viande fraîche, de volume et de poids connus, dans un récipient plein de CO^2 pur, on extrayait alors la totalité des gaz par la pompe et l'on en soustrayait par calcul le CO^2 resté dans le récipient; ou bien on plaçait la viande congelée dans une cloche pleine de CO^2 et, après avoir fait le vide, on la laissait se réchauffer à 25° et l'on en extrayait les gaz. Ces deux méthodes nous ont donné les résultats suivants rapportés à 100 gr. de viande fraîche:

	I.	II.
	cc.	cc.
CO^2	18,35	13,20
Az	0,88	0,92
O	trace	trace
	19,23	14,12

On a de même analysé le gaz de la viande préalablement congelée, puis conservée dans une enceinte vide spéciale placée à l'étude (1): on en extrayait chaque jour par la pompe à mercure les gaz produits.

Voici nos résultats pour la totalité des gaz émis par 100 gr. de viande tenue six jours à 39°:

	I.	II.
	cc.	cc.
CO^2	27,5	24,35
Az	1,1	0,78
H	4,70	3,20

Ainsi, 100 gr. de viande ont fourni 41 cc. 6 de CO^2 en moyenne, si l'on tient compte de celui qui se dégage de la viande fraîche, et 50 cc. au moins si l'on admet qu'une partie de ce gaz reste dissous dans les plasmas et le tissu et s'en extrait très lentement. C'est donc en poids 0 gr. 100 de CO^2 produits par 100 gr. de viande. Si l'on admettait que tout le glycogène de la viande primitive se fût changé en alcool, il se serait fait 0 gr. 194 de CO^2. Une partie notable du glycogène disparu a donc subi une autre transformation, donné des acides gras, de l'acide acétique ou butyrique, par exemple.

Dès le troisième ou quatrième jour on trouve, en effet, généralement un peu d'hydrogène dans les gaz émis, et cela sans qu'il y ait apparence de fermentation microbienne. La présence très inattendue de l'hydrogène pourrait résulter d'une fermentation butyrique ou même acétique. On peut rappeler ici que, en 1868, M. A. Béchamp signala l'hydrogène libre et l'acide carbonique dans les gaz qui se produisent dans l'œuf d'autruche intact brouillé par secousses; il était accompagné d'acide acétique.

Dans tous les cas, la production si facile de l'hydrobilirubine dans l'économie dès qu'intervient la fièvre; la réduction de l'indigo bleu et pourpre dans nos organes; la propriété que possède la chair musculaire de transformer, par simple contact et à froid, une quantité petite mais constante de soufre libre eu hydrogène sulfuré, propriété établie par M. de Rey-Pailhade (2), tous ces faits et bien d'autres montrent dans quel état d'instabilité se trouve une petite por-

(1) Voir, p. 1158, notre méthode de dosage. Les nombres obtenus par les méthodes données par les auteurs sont généralement trop forts.

(1) Il est très difficile de réaliser l'extraction des gaz de gros blocs de viande mis à l'étuve. On a réussi seulement en les plaçant sous une cloche à vide graissée par le bas, posée sur un plan de glace immergé dans le mercure et fermée en haut par un robinet à pointeau, en bronze, de Golaz. Cet appareil placé à 40° tenait parfaitement le vide durant des mois. Toutes ces expériences relatives aux gaz émis ont été faites sur des échantillons séparés n'ayant pas servi à d'autres constatations.

(2) D'après cet auteur, 100 gr. de muscle donnent ainsi 1 cc. 2 d'hydrogène sulfuré en s'unissant à un principe qu'il nomme *philothion*, principe qu'il extrait par l'alcool et reprécipite par l'éther. M. L. Olivier a montré que le soufre peut s'unir directement à certains principes du protoplasma chez quelques algues et donner ainsi de l'hydrogène sulfuré.

tion de l'hydrogène qui entre dans la constitution de quelques-uns des principes immédiats du muscle et des protoplasmes (1).

Il est remarquable aussi de voir la viande à l'état frais dégager de l'azote, 0 cc. 9 en moyenne pour 100 de chair musculaire. Ce gaz ne provient pas du sang; il n'y en a pour ainsi dire pas dans la viande et le dégagement d'azote est continu. On sait aussi qu'une petite proportion d'azote apparaît dans les fermentations bactériennes.

Il serait difficile d'analyser le mécanisme qui donne naissance à ce gaz. Dans tous les cas, sa production dans le muscle explique cette observation faite d'abord par Regnault et Reiset, confirmée par Boussingault dans ses études sur l'alimentation des tourterelles, et démontrée définitivement plus tard par M. Reiset dans ses belles recherches sur la respiration des animaux de ferme, puis par W. Müller, sur d'autres espèces, du dégagement continu d'azote par le poumon, la peau et l'intestin (2).

Action physiologique des bases extraites du tissu musculaire.

On a vu comment on arrive à séparer ces bases en quatre groupes principaux, savoir :

a. Bases xanthiques, précipitables par l'acétate de cuivre à chaud seulement et à froid par le chlorure mercurique. Elles n'existent qu'en faible proportion dans les viandes.

b. Bases carbopyridiques et analogues, précipitables par l'acétate de cuivre à froid et par le chlorure mercurique. On n'en trouve aussi qu'une petite quantité.

c. Bases névriniques; *hydropyrroliques*, etc., précipitables par le chlorure mercurique, mais non par l'acétate de cuivre à chaud ni à froid. Ce sont les leucomaïnes les plus abondantes.

d. Bases créatiniques, imprécipitables par le chlorure mercurique. Ce sont celles qui se forment en plus grande proportion relative pendant la conservation du muscle. On en a trouvé dans la viande, laissée à 38°-40°, le triple environ de ce qu'il en existait dans le muscle frais ; mais la créatine et la créatinine disparaissent. Ces bases se séparent par l'alcool, dans lequel elles sont insolubles, des bases *b* et *c*.

Il ne semble pas exister dans la viande conservée d'autres bases que celles de la viande fraîche ; certaines disparaissent en grande partie, d'autres se produisent plus abondamment (bases *c* et *d*) ; mais l'analyse de ces divers groupes de bases et leur action physiologique restent les mêmes. La vie résiduelle du tissu se continue donc par une suite de réactions qui se produisaient déjà durant la vie proprement dite, au moins en ce qui touche au fonctionnement anaérobie. La fermentation de la viande livrée à elle-même ne fait qu'exagérer les phénomènes normaux de fermentation autonome qui se passent dans le tissu musculaire durant la vie de l'individu.

Il ne nous est possible de donner ici que quelques renseignements rapides sur l'action physiologique de ces divers groupes de bases.

Les *bases xanthiques* (xanthine, sarcine, adénine, etc.) n'existent dans les viandes qu'en très faible proportion. Elles ne sont point douées d'action toxique proprement dite.

Les *bases carbopyridiques et analogues* stupéfient légèrement les animaux lorsqu'elles sont données à doses assez fortes (0 gr. 5 de chlorhydrate par kilogramme d'animal), mais elles ne nous ont pas paru autrement dangereuse.

Les *bases névriniques*, *hydropyrroliques*, etc., sont les plus vénéneuses de celles que précipite le chlorure mercurique. Injectées chez la souris, à la dose de 0 gr. 010 de chlorhydrate, elles produisent l'essoufflement, la dyspnée, des mouvements spasmodiques dans tous les membres, le hérissement du poil, puis des alternatives de paralysie et de convulsions tétaniques. Les animaux se soulèvent brusquement de terre, comme lancés par un ressort. La mort arrive au bout de deux heures. Nous n'avons pas constaté de différence entre les effets de ces bases extraites du tissu musculaire frais ou du muscle conservé.

Les *bases créatiniques* non précipitables par le sublimé, injectées comme les précédentes sous la peau, produisent, aux mêmes doses, des vomissements, de la diarrhée, ainsi que l'un de nous l'avait autrefois observé chez les oiseaux. Les souris sont prises bientôt de secousses tétaniques qui se répètent de temps en temps. Après trente minutes, une paralysie des membres, débutant par les pattes antérieures, succède à ces convulsions. Les animaux, injectés comparativement avec les bases de la viande fraîche et celles de la viande conservée, sont morts dans les deux cas au bout d'une heure, sans présenter de différence appréciable dans la marche de ce rapide empoisonnement.

Parmi les bases créatiniques douées d'une grande toxicité, nous connaissons la propylglycocyamine

$$\text{Az H} = \text{C} \begin{cases} \text{AzH}^2 \\ \text{Az(C}^3\text{H}^7\text{)CH}^2\text{—COH}^2 \end{cases}$$

extraite par M. Griffiths des urines des oreillonneux, base qui produit aussi des secousses tétaniques ; la glycocyamidine $C^3H^5Az^3O$, ou *rubéoline*, extraite par le même auteur des urines des rubéoleux ; la méthylguanidine

$$\text{H—Az} = \text{C} \begin{cases} \text{Az(CH}^3\text{)H} \\ \text{AzH}^2 \end{cases}$$

base toxique que Heffe a retirée du bouillon de culture de la septicémie des souris et de *vibrio proteus* auquel on a attribué les désordres du *choléra nostras*.

---

(1) Dans les cas où la viande subit *un commencement* de fermentation putride, l'hydrogène devient abondant dès le troisième jour ; il est bientôt accompagné d'un peu d'hydrogène sulfuré et d'une trace de corps phosphorés volatils. Voici quelques analyses de gaz rapportées à 100 gr. de viande placée à 38° et commençant à subir la fermentation bactérienne :

	1er jour.	2e jour.	3e jour.	4e jour.	5e jour.	6e jour.	7e jour.
	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.	cc.
CO^2....	16,16	2,42	10,77	23,01	39,80	59,86	55,49
Az.....	0,45	0,14	0,26	0,45	24,74	1,53	0,58
H......	0,0	0,0	6,19	17,71	26,13	27,75	14,91
H^2S....	0,0	0,0	0,0	1,69	1,09	2,16	1,54
CH^4....	0,0	0,0	0,0	trace	0,41	trace	trace
Total.	16,61	2,56	17,22	42,86	92,27	91,30	72,52

Après le septième jour, la quantité de gaz produite a été rapidement en décroissant, et après deux mois encore, en vase clos, elle n'a pas dépassé 50 cc. pour 100 gr. de viande.

(2) Cahours a aussi montré qu'il y a dégagement d'azote en même temps que d'acide carbonique pendant la maturation des fruits. (*Bulletin de la Société chimique*, t. I, p. 254.)

CHIMIE BIOLOGIQUE

DOSAGE DE LA PEPTONE, PAR PRÉCIPITATION A L'ÉTAT DE PEPTONATE DE MERCURE (1).

Par M. L.-A. HALLOPEAU.

Les méthodes employées jusqu'à présent pour le dosage de la peptone n'ont pas encore acquis toute la précision nécessaire. Le dosage par le polarimètre n'est possible qu'avec des solutions de peptone concentrées, et quand on connaît la nature de la peptone à analyser, car le pouvoir rotatoire varie avec la dilution de la liqueur et n'est pas le même pour les diverses variétés de peptone. La précipitation de la solution de peptone très concentrée par l'alcool absolu n'est jamais bien complète, et, d'autre part, l'alcool absolu précipite des sels contenus dans le liquide. Le procédé colorimétrique, qui évalue la quantité de peptone par l'intensité de la coloration que donnent dans les solutions de peptone le sulfate de cuivre et la soude, est d'un emploi très délicat. Enfin, la méthode d'analyse des peptones par le dosage de l'azote qu'elles renferment, tout en étant plus exacte que les précédentes, est encore, néanmoins, longue et indirecte.

La méthode nouvelle que je propose pour le dosage de la peptone consiste à précipiter la solution de peptone, exempte d'autres albuminoïdes, par un grand excès de nitrate mercurique; la solution doit être neutre ou très légèrement acide.

Dans ces conditions, le précipité de peptonate de mercure, blanc, floconneux et volumineux, tombe presque immédiatement au fond du vase. On le laisse déposer pendant dix-huit à vingt-quatre heures, jusqu'à ce que le liquide surnageant soit limpide. On verse alors sur un filtre taré la liqueur, puis le précipité, qu'on lave à l'eau froide jusqu'à ce que les eaux de lavage ne précipitent plus par l'hydrogène sulfuré. L'augmentation de poids du filtre, séché à 106°-108°, représente le poids du peptonate de mercure; en multipliant ce poids par le coefficient 0,666, on obtient celui de la peptone correspondante. Pour déterminer ce coefficient, j'ai précipité par le nitrate mercurique une quantité connue de peptone pure et sèche, préparée par la méthode d'Henninger; j'ai pesé le peptonate de mercure ainsi formé, et j'ai calculé le rapport entre la peptone employée et le peptonate de mercure précipité. Je m'étais assuré, au préalable, par une combustion, de la pureté de la peptone qui m'a servi de point de départ.

On peut vérifier que la précipitation par le nitrate mercurique est complète en recherchant la peptone dans les liqueurs filtrées, au moyen de l'acide phosphomolybdique, qui ne doit pas donner de précipité.

Le nitrate mercurique qui sert à la précipitation est facile à préparer avec le nitrate mercurique pur du commerce. Celui-ci renfermant un excès d'acide nitrique libre, qui redissout partiellement le peptonate de mercure, il faut l'en débarrasser de la façon suivante:

100 gr. ou 150 gr. de nitrate mercurique pur sont chauffés au bain-marie avec 1 litre d'eau, pendant quinze à vingt minutes. La liqueur filtrée est portée presque à l'ébullition dans une capsule de porcelaine. A ce moment, on ajoute, en agitant, quelques gouttes de carbonate de soude, jusqu'à ce que le précipité d'oxyde de mercure formé ne se redissolve plus. On filtre et l'on étend la liqueur à 1 litre.

Je me suis assuré que la présence des chlorures, dans les proportions où on les trouve dans les peptones commerciales et dans les sucs gastriques, ne gêne point le dosage de la peptone, à condition d'employer pour la précipitation un grand excès de nitrate mercurique. En effet, le chlorure de sodium et le nitrate mercurique se décomposent mutuellement en donnant naissance à du sublimé, qui précipite la peptone très incomplètement et ne peut pas être utilisé pour le dosage, comme l'expérience me l'a démontré. Il est donc nécessaire de verser, dans la solution de peptone, une quantité de nitrate mercurique assez grande pour qu'il reste toujours un excès de nitrate, même après la transformation partielle de ce nitrate en chlorure.

Lorsque la liqueur à analyser renferme d'autres albuminoïdes, ce qui est le cas du suc gastrique et de la plupart des peptones commerciales, il faut, avant de précipiter la peptone, les éliminer par le procédé suivant, qui permet aussi de les doser:

Le liquide, supposé acide par l'acide chlorhydrique, est neutralisé exactement par du carbonate de soude. La syntonine se précipite: on la recueille sur un filtre taré, et on la lave à l'eau froide. L'augmentation de poids du filtre séché à 105° représente le poids de la syntonine.

La liqueur filtrée, additionnée d'une goutte d'acide acétique, est mise à chauffer au bain-marie pendant une demi-heure. Il se précipite des flocons d'albumine, qu'on recueille sur un filtre taré et qu'on dose par la méthode ordinaire.

On ajoute, au liquide filtré, de l'acide nitrique goutte à goutte. Dès qu'il se produit un trouble, on cesse l'addition d'acide; on agite un instant, puis on laisse reposer le précipité d'hémialbumose qui s'est formé. Celui-ci est jeté sur un filtre et lavé avec un peu d'eau additionnée d'une très petite quantité d'acide nitrique. La liqueur filtrée renferme la peptone. On peut, à la rigueur, doser l'hémialbumose restée sur le filtre, en la dissolvant dans un excès d'acide nitrique, neutralisant presque absolument la solution et la saturant par du chlorure de sodium en poudre; l'hémialbumose se précipite et peut être pesée.

La liqueur filtrée débarrassée de l'albumine, de la syntonine et de l'hémialbumose, est neutralisée presque complètement par du carbonate de soude et additionnée de son volume environ de solution de nitrate mercurique, pour précipiter la peptone.

Tel est, aussi rapidement que possible, le résumé de ma méthode de dosage de la peptone par précipitation à l'état de peptonate de mercure. Je compte l'appliquer à l'étude des peptones, des pepsines et du suc gastrique (1).

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE DU CHOLÉRA ASIATIQUE

(Suite) (2).

I. — SUR LE CHOLÉRA ET EN PARTICULIER SUR LA RÉCENTE ÉPIDÉMIE

(1) Académie des sciences, 22 août 1892.

(1) Travail fait au laboratoire de M. A. Gautier, à la Faculté de médecine.

(2) Voir *Gazette médicale* n° 49, 1892.

DE HAMBOURG, par MAX VON PETTENKOFER. (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 46.)

Enfin, le dernier point abordé par M. von Pettenkofer est relatif aux mesures protectrices et prophylactiques qu'on a édictées dans ces derniers temps, avec l'espoir d'enrayer la propagation et les ravages du choléra.

Découvrir le bacille virgule dans les déjections du premier malade soupçonné d'être atteint du choléra asiatique, telle est la première et la plus importante tâche qu'on croit avoir à remplir, lorsqu'on se croit menacé d'une invasion du redoutable fléau. Une fois cette constatation faite, le malade pourra être isolé, et on pourra procéder à la désinfection de ses déjections, de ses vêtements, de tout ce qui a été en contact avec lui, et même de sa demeure. Une fois ces mesures prises, on croit avoir fait le nécessaire, pour préserver une localité du choléra. On est convaincu par exemple, que si, à Hambourg, dans le courant de la présente année, on avait pu isoler le premier cas de choléra et prendre les mesures de désinfection nécessaires, l'épidémie qui a fait tant de ravages n'eût pas éclaté.

Or, objecte M. von Pettenkofer, avant qu'un cas de choléra soit reconnu et officiellement déclaré, dans une localité, le cholérique s'est déjà trouvé en contact avec d'autres personnes ; il a séjourné dans d'autres endroits et y a laissé des déjections qui n'ont pas été désinfectées. Une fois le cas déclaré, il faut qu'un examen bactérioscopique tranche le point de savoir si l'on se trouve en présence d'un cas de choléra nostras ou de choléra asiatique. Il faut, de plus, remonter à la source de l'infection c'est-à-dire rechercher où ce premier malade a contracté le choléra, pour pouvoir détruire le foyer originel. Il faut rechercher aussi quelles personnes se sont trouvées en contact avec ce foyer, pour pouvoir les soumettre à une minutieuse surveillance. C'est seulement une fois que cette enquête préalable aura abouti, qu'on pourra prendre les mesures de rigueur. C'est-à-dire que le plus souvent on interviendra *post festum*, trop tard. Dans toute localité un peu importante, où éclate une épidémie de choléra, si l'on recherche quels liens unissent les 10 ou 20 premiers cas observés, on ne découvre rien en général. Ainsi, au début de la dernière épidémie hambourgeoise, le choléra a éclaté simultanément dans la ville de Hambourg et dans l'île avoisinante de Wilhelmsburg, située en territoire prussien, et sans communication avec la canalisation d'eaux de la côte.

Bref, en se plaçant sur le terrain des contagionnistes, il faudrait, pour étouffer une épidémie de choléra naissante, supprimer complètement les relations entre humains, dans la localité contagionnée, ce qui entraînerait plus de conséquences fâcheuses que l'épidémie elle-même. Or, pour M. von Pettenkofer, ni l'isolement, ni les pratiques de désinfection, ni les cordons sanitaires, ni les quarantaines, ni les autres mesures analogues ne sauraient enrayer l'extension du choléra, aux Indes et ailleurs. Les contagionnistes prétendent que pour arriver à des résultats appréciables, il suffit de pouvoir soumettre à des mesures d'isolement et de désinfection, un assez grand nombre des cas de choléra qui surviennent dans une localité, à défaut de tous. Ils comparent l'efficacité de ces mesures, à celles de la surveillance douanière qu'on établit sur les confins de deux pays limitrophes. Cette surveillance, si elle ne supprime pas la fraude, la refrène néanmoins et réduit à son minimum l'importation d'un produit prohibé. Cette comparaison porte à faux, répond M. von Pettenkofer, car on ne saurait mettre en parallèle des bactéries et des marchandises. « Si un seul bœuf, introduit en fraude, pouvait se multiplier au point d'engendrer des milliards de ses semblables en l'espace de vingt-quatre heures, ou si un seul lot de marchandises de contrebande pouvait se multiplier dans la même proportion sous forme de vastes dépôts, il y a longtemps qu'on eût renoncé aux douanes comme à une institution inutile, car il importerait peu alors que plus ou moins de marchandises fussent introduits sans payer de droits ; le point important serait qu'on en introduisît pas du tout. » Il en est de cela, ajoute le savant hygiéniste, comme de certaines idées, dont on croit pouvoir entraver la propagation au moyen de lois dépressives. Or cette propagation défie toutes les censures, jusqu'à ce que finalement la liberté de la presse triomphe. Et c'est de même qu'on en viendra à tolérer la libre pratique et la libre circulation, dans le cours des épidémies de choléra.

Veut-on une preuve de ce que les mesures d'isolement et de désinfection, l'emploi de l'eau bouillie, etc., ont été sans influence sur la marche du fléau, dans le courant de cette année ? Cette preuve M. von Pettenkofer croit l'avoir trouvée dans les tableaux parallèles qu'il a tracés et qui figurent, d'une part, la marche de la dernière épidémie hambourgeoise, d'autre part la marche de l'épidémie cholérique qui a sévi à Munich en l'an 1854. Les deux épidémies ont débuté au mois d'août ; toutes deux elles ont mis sensiblement le même temps à attendre leur acmé ; pour toutes deux la décroissance de la léthalité et du nombre des cas s'est faite avec la même rapidité. En un mot les deux épidémies ont observé, dans leurs marches respectives, un parallélisme parfait. Or rien ne se fit, à Munich, de ce qui s'est fait à Hambourg, en matière de mesures prophylactiques ; les malades n'ont pas été isolés dans des baraquements ; les locaux qu'ils occupaient au moment de tomber malades n'ont pas été désinfectés, on a point fait usage d'eau bouillie, pour les besoins domestiques, etc. On ne saurait donc attribuer aux mesures de cet ordre, la décroissance rapide de l'épidémie hambourgeoise, survenue dans le courant du mois de septembre.

En Russie, la grande foire de Nischnii-Nowgorod s'est tenue dans le courant de cette année à une époque où l'empire des Tsars était déjà envahi par le choléra asiatique, et sans que pour cela le fléau asiatique ait subi une recrudescence dans la grande cité commerçante. A Leipzig, on a prohibé la grande foire, par peur du choléra. On avait été plus sage, fait remarquer M. Pettenkofer, en 1866, année de guerre et de choléra, et où cette même foire s'est tenue sans que Leipzig ait été visité par le fléau.

En résumé, M. von Pettenkofer pense que quand on croit avoir tout fait de ce que réclame la lutte contre le choléra, en s'attaquant au bacille virgule, on se trompe. « La crainte qu'inspire le bacille virgule est sans utilité aucune ; elle ne fait que nous égarer en nous inspirant des mesures qui coûtent beaucoup de peine et d'argent. Avec cet argent, on pourrait faire quelque chose de mieux, qui aurait une valeur durable pour la santé publique, tandis qu'il n'en reste plus rien une fois l'épidémie disparue, et celle-ci se serait éteinte sans exiger de pareils sacrifices pécuniaires. » A cela les contagionistes objecteront que ce qui a été fait à Hambourg, a été profitable pour d'autres localités, qui ont été préservées de l'invasion du fléau. Erreur, répond M. von Pettenkofer. Vienne une nouvelle période de sécheresse, et l'on verra si malgré

les mesures prises, le choléra ne fera pas sa réapparition dans des localités prédisposées.

Le mieux à faire, dans la pensée de M. von Pettenkofer, consiste à assainir les localités prédisposées, à leur conférer si possible, cette sorte d'immunité que d'autres localités, telles que Lyon, possèdent spontanément. Puisque nous ne pouvons nous en prendre utilement au facteur x, essayons de modifier le facteur y, les conditions de lieu, et aussi le facteur z, la prédisposition individuelle. Or, tout ce qui déprime le moral favorise cette prédisposition individuelle. A ce propos, M. von Pettenkofer a signalé une conséquence de la découverte du bacille virgule, que M. Rochard avait déjà dénoncée à la tribune de l'Académie de médecine de Paris : c'est la pleutrerie qu'engendre et qu'entretient dans l'esprit des masses, l'idée d'un germe organisé, d'un microbe propagateur de la maladie réputée contagieuse.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LES NOUVELLES MALADIES NERVEUSES, par le Dr G. ANDRÉ, chargé du cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Toulouse. — O. Doin, éditeur, 1892.

Cet ouvrage devrait être plutôt intitulé : « Les nouvelles acquisitions en pathologie nerveuse. » En effet, l'auteur n'a pas seulement décrit les maladies nerveuses de connaissance récente, telles que la syringomyélie et la maladie de Morvan, le paramyoclonus, la maladie des tics, l'acromégalie, la maladie de Thomsen, la neurasthénie, etc., etc., il a agrandi son cadre et consacré un grand nombre de chapitres à des questions de pathologie générale nerveuse, dont les principales sont ; l'hérédité dans les maladies du système nerveux, les polynévrites en général, les tremblements pseudo-chorées, les vertiges, les accidents nerveux du diabète, les trophonévroses, les paraplégies urinaires, les localisations cérébrales.

De plus, fait qui vient à l'appui de la critique que nous venons de formuler, au sujet du titre de son livre, M. André a résumé nos connaissances sur certains syndromes qui ne doivent nullement être envisagés comme des maladies, tels que l'astasie-abasie, qui n'est qu'une manifestation de l'hystérie, ainsi que certains spasmes saltatoires (Brissaud), le myordème, le pouls lent permanent, la chorée molle, qui est une modalité de la chorée de Sydenham.

Un ouvrage peu volumineux, et traitant des sujets aussi nombreux devait évidemment avoir quelques lacunes. Ainsi nous citerons l'oubli où ont été laissés les travaux de Brissand sur la maladie de Bamberger (spasmes saltatoires) et sur la chorée du larynx, de Babinski sur la migraine ophtalmique hystérique, de Debove sur la chorée héréditaire, de F. Raymond sur la chorée molle avec amyotrophie. L'auteur a eu, de plus, le tort de ne pas consulter pour certaines questions les travaux derniers en date ; ainsi, parmi les nouveaux types d'amyotrophies progressives on ne trouve aucune mention des types décrits par Charcot et Marie, par Leyden et Mœbius, par Zimmerlin. Cela tient probablement à ce que l'auteur au lieu de consulter à ce sujet le remarquable ouvrage de M. F. Raymond sur les « Atrophies musculaires et les maladies amyotrophiques », a résumé cette question d'après le traité de pathologie interne d'Eichhorst, antérieur au livre de Raymond.

Bien que son ouvrage contienne les quelques lacunes que nous venons de citer, M. André n'a pas moins fait œuvre très utile au médecin et à l'étudiant, car on trouve dans ce petit volume des notions et l'exposé de travaux qui n'avaient pas encore été rassemblés et étaient épars dans une foule de thèses et de mémoires. Il faut, en effet, dit M. André, pour étudier les nouvelles données en neuropathologie, « fouiller à droite et à gauche, avoir à sa disposition un nombre considérable de publications, et un pareil travail est absolument interdit an praticien et à l'élève. Voilà la lacune que nous essayons de remplir aujourd'hui ».

Ce livre n'est pas une œuvre de simple compilation ; en effet M. André a donné sa note personnelle dans plusieurs chapitres et a joint des observations inédites aux descriptions et aux observations des divers auteurs.

Dr F. DELÉAGE.

CARIE COSTALE ET ABCÈS FROIDS THORACIQUES, par M. BONNEL. Th. Paris.

Dans son travail, l'auteur a établi une confusion regrettable entre les abcès chrouiques qu'on peut observer aux parois thoraciques. Il prétend faire en deux mots table rase des abcès périostiques.

Les abcès qu'il vise sont des abcès ossifluents ou par congestion et rien de plus juste que d'aller attaquer le point carié, de le racler, de le réséquer. Mais est-ce à dire que les abcès costaux si bien étudiés par Gaujot, Choné, Charvot, Bousquet, doivent toujours être l'objet d'une thérapeutique aussi active. Les abcès froids des parois thoraciques sont fréquemment observés dans l'armée et il est peu de médecins militaires qui n'aient eu l'occasion d'en voir et d'en obtenir la cure locale. Nous pourrions, pour notre part, citer la guérison de deux abcès variant de la grosseur d'une noix à un œuf de poule obtenue par l'injection simple ou répétée d'éther iodoformé. Jusqu'à plus ample informé donc et le travail de M. Bonnel ne nous fait pas changer d'opinion, nous croyons qu'il peut exister au thorax des abcès froids sans que les arcs costaux aient été encore directement intéressés.

Que si la lésion est ancienne, que si une fistule dénote la lésion osseuse alors l'intervention pharmaceutique a une faible prise et devra être précédée de l'ablation large et absolue de toutes les parties malades du squelette.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ŒDÈMES RHUMATISMAUX, par M. BENGUÉ. — Th. Paris.

Les œdèmes tiennent une place intéressante parmi les accidents abarticulaires que l'on rencontre dans les différents rhumatismes tant aigus que subaigus et chroniques. Et il ne s'agit pas ici des manifestations œdémateuses périarticulaires qui ne sont en quelque sorte que l'extension de l'arthrite du voisinage, mais bien des œdèmes primitifs frappant le tissu conjonctif sous-cutané et souvent loin de toute articulation. Cette manifestation ne saurait surprendre tout le monde, connaissant d'une part la prédilection du rhumatisme pour les séreuses et sachant, d'autre part, que le tissu conjonctif sous-cutané n'est autre chose qu'une vaste séreuse cloisonnée, permettant le glissement des téguments, se transformant même en séreuse circonscrite aux points où ce glissement est fréquemment répété.

Les œdèmes rencontrés chez les rhumatisants peuvent donc être de nature essentiellement rhumatismale et cela, bien qu'ils simulent les phlegmons dans le rhumatisme aigu (pseudo-

phlegmon), et quelquefois certaines tumeurs dans le rhumatisme chronique (pseudo-lipomes, nodosités).

Ces œdèmes qui, au point de vue pathogénique semblent résulter d'un trouble trophique, sont justiciables du traitement ordinaire des différentes affections rhumatismales et plus particulièrement du salicylate de soude.

Dans son travail bien étudié l'auteur a rapporté ses observations fort intéressantes d'œdème rhumatismaux survenus comme manifestation d'un état soit aigu soit chronique ayant affecté la forme de pseudo-phlegmons, de pseudo-lipomes ou de nodosités rhumatismales.

De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux, par M. Archambeaud. Th. Paris.

Le mot de cure radicale des varices avait été prononcé par certains chirurgiens préconisant la ligature simple ou multiple de la saphène interne. M. Archambeaud insiste sur le mal fondé d'une pareille appellation. Les varices ne sont-elles pas, en effet, les accidents d'un état général, la diathèse variqueuse? A-t-on oublié que les veines anastomotiques qui font communiquer le réseau veineux superficiel avec le réseau veineux profond présentent des valvules à concavité tournée du côté de ce dernier et que la saphène une fois liée le sang retrouvant sa voie par les veines profondes, surcharge ces dernières déjà fortement variqueuses? N'est-ce pas à cette surcharge qu'il faut attribuer dans certains cas d'intervention les douleurs névralgiques dues, ainsi que l'a montré M. Quenu, à la compression exercée sur les tubes nerveux par les varices des veines des nerfs?

La ligature de la saphène interne ne paraît guère profitable que pour la cure de certains ulcères ; en déchargeant le membre d'une colonne sanguine considérable on peut arriver à favoriser la circulation de la peau et à faire disparaître les troubles trophiques dont l'ulcère est la conséquence.

Ch. Amat.

BULLETIN

Il n'appartient guère à un médecin de prendre position dans un débat comme celui dont l'Académie est saisie en ce moment, à propos du traitement chirurgical du tétanos, car il risquerait de voir sa compétence contestée et son intervention récusée à l'avance. Pourtant il s'agit là d'un sujet qui intéresse tous les pathologistes, et auquel nul ne saurait demeurer indifférent.

A propos de ce débat, on peut remarquer incidemment combien la question de la prophylaxie et du traitement du tétanos est encore peu avancée, surtout si on compare l'état de nos connaissances sur ce point aux progrès qui ont été réalisés sur le terrain de l'étiologie.

Dans ce dernier ordre d'idées, l'acquisition capitale réside dans la notion de l'origine infectieuse et microbienne, notion qui s'est substituée graduellement et définitivement à la théorie nerveuse, restée en faveur jusqu'à ces dernières années. Logiquement, on serait amené à croire que cette donnée vraiment nouvelle a dû amener une réforme des anciens errements thérapeutiques en usage vis-à-vis d'une maladie longtemps réputée incurable, et autoriser l'intronisation de méthodes nouvelles. Il s'en faut pourtant que nous en soyons là, et les idées modernes sur la nature du tétanos sont encore loin d'avoir leur sanction dans la pratique. A preuve le désaccord visible qui s'est manifesté au sein de l'Académie, parmi ses membres les plus autorisés, à l'occasion du mémoire de M. Berger.

A la suite de sa communication, notre collègue a cru pouvoir conclure d'une manière générale à l'opportunité et à l'utilité de l'amputation du membre blessé, comme moyen curatif chez les individus affectés de tétanos traumatique. Il a invoqué pour cela une indication formelle, la nécessité de supprimer le point de départ et le foyer de l'infection tétanigène. Les autres moyens ayant échoué, ou n'étant propres qu'à faire perdre un temps précieux, l'ablation de la plaie infectée, par l'intermédiaire de l'amputation, lui a paru le procédé le plus logique. En fait le succès a justifié cette manière de faire dans deux circonstances. Et d'autre part on peut encore invoquer à l'appui les considérations empruntées à la marche et au mode de diffusion du virus tétanigène et les arguments tirés de l'impuissance des autres indications (opium, chloral, bromures), y compris la vaccination préventive, d'institution toute récente. On voit de suite la portée d'une conclusion qui tend à ériger en méthode générale de traitement du tétanos une opération que nos prédécesseurs considéraient comme une ressource ultime à laquelle on ne devait recourir qu'à la dernière extrémité. Aussi devait-on s'attendre à ce qu'elle rencontrât plus d'opposants et de contradicteurs que d'adhérents, et c'est précisément ce que nous avons pu constater.

M. Verneuil, en particulier, a introduit des réserves fortement motivées, et il a fait remarquer avec raison que l'éradication n'est applicable que dans un nombre de cas restreint, par exemple lorsqu'il s'agit de petites mutilations, comme celles qui portent sur les doigts ou sur les orteils : et il a fait ressortir la disproportion qui existe entre la gravité d'une opération telle que l'amputation et l'incertitude du résultat que l'on cherche à atteindre. La justesse de cette dernière réflexion se trouve précisément corroborée par les faits négatifs que l'honorable académicien a cités, faits dans lesquels on a vu la complication tétanique persister après l'amputation, ou même apparaître consécutivement à celle-ci. Evidemment ces faits sont de nature à infirmer la valeur curative de l'intervention et même sa valeur préventive. On peut en dire autant des recherches expérimentales que M. Chauvel a invoqué fort à propos, recherches qui prouvent que, chez un animal soumis à l'inoculation d'une certaine dose de culture tétanigène, l'amputation du membre inoculé n'empêche point le développement ultérieur de la contracture, ni la terminaison mortelle.

On trouve des arguments aussi défavorables dans le domaine de la médecine vétérinaire, car M. Leblanc affirme que le tétanos aigu est toujours mortel chez le cheval, encore bien que l'amputation soit quelquefois indiquée, par exemple, lorsque la plaie siège dans la continuité de la queue, auquel cas, on peut la pratiquer sans grand dommage ultérieur pour l'animal.

En résumé, on voit que les arguments contraires sont nombreux et puissants, et qu'ils suffisent à justifier la réserve que certains chirurgiens croient devoir encore observer vis-à-vis d'une question particulièrement difficile. Cette réserve devra être maintenue aussi longtemps que le mode de formation et le mécanisme d'action du poison tétanique ne seront pas suffisamment connus, et ce serait dépasser la limite des inductions permises que de vouloir généraliser les enseignements

thérapeutiques issus d'un fait isolé et transformer un moyen d'exception en une méthode de traitement dont l'application systématique engagerait gravement la responsabilité des chirurgiens, en même temps qu'elle exposerait à de nombreuses déceptions. P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Formule pour le vin de coca.

Feuilles de coca....... 90 grammes.
Cognac.............. 45 —
Sherry.............. } ââ 250 grammes.
Vin hongrois........ }

Laisser macérer plusieurs jours et ajouter quelques décigr. d'acide citrique. Laisser reposer la mixture et filtrer.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Empoisonnement par le phosphore.

Une solution à 1 p. 300 de permanganate de potasse peut être utilisée avec succès contre l'empoisonnement par le phosphore. Ce serait même un antidote qui transformerait le phosphore en acide phosphorique.

(*Med. Record*, 28 mai 1892.)

Vomissements de la grossesse.

Teinture d'iode.... } parties égales.
Chloroforme........ }

En prendre cinq gouttes dans un peu d'eau à chacun des principaux repas.

(S. P. COTTRELL. *Cincinnati med. News*, novembre 1892.)

Entéro-colite des enfants.

Sous-nitrate de bismuth...... 0,30 centigrammes.
Teinture d'opium déodorisée... 0,01 —
Esprit ammoniacal aromatisé.. V gouttes.
Salicylate de soude.......... 0,02 —
Sirop........................ X gouttes.
Mixture de craie Q. S. pour.... 4 grammes.

A prendre dans les vingt-quatre heures ; pour les enfants au-dessous de deux ans, on ajoutera une égale partie d'eau.

(J. GILLESPIE, *Annals of Gynæcologie and Pædiatry*, nov., 1892.)

Diphthérie laryngée.

ROSENBERRY (*Therapeutic Gazette*, novembre 1891) recommande fortement l'emploi de l'alcool et de la quinine à l'intérieur combiné avec des applications locales fréquentes, à l'aide d'un pulvérisateur, de la mixture suivante :

Huile d'eucalyptus.... } ââ 30 grammes.
Huile de térebenthine.. }
Huile de vaseline....... 180 grammes

Applications toutes les demi-heures.

Diarrhée des enfants.

Salicylate de bismuth .. 4 grammes.
Naphthol.............. 0,40 centigramme.

Pour douze paquets.

Prendre un de ces paquets toutes les trois heures.

(GRAHAM, *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, novembre 1892.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — *État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant le mois de novembre* 1893 (*année scolaire* 1892-1893.) — M. FAGUET. Troubles moteurs consécutifs aux traumatismes anciens du crâne et de leur traitement par la trépanation. — M. DAVID. Contribution à l'étude de la méthode sclérogène. (Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par les injections périarticulaires de chlorure de zinc. — M. BRUN-BOURGUET. Contribution à l'étude des fractures du condyle interne de l'humérus chez l'enfant — leur consolidation vicieuse, traitement de cette complication par l'ostéotomie linéaire. — M. MOREL. Étude historique, critique et expérimentale de l'action des courants continus sur le nerf acoustique à l'état sain et à l'état pathologique. — M. GILLARD. Contribution à l'étude des troubles viscéraux chez les eczémateux. — M. MESLAY. Contribution à l'étude des névromes plexiformes. — M. ROGUE. Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. AVEROUS. Contribution à l'étude du traitement de l'infiltration urineuse. — M. DAGNAN. Recherches sur la question de l'âge dans le mariage. — M. BURAIN. Phthiriase des paupières. — M. HAZARD. — Étude sur la syphilide pigmentaire. — M. GIRAUD. Sur les lichénifications des téguments. — M. LAURENT. Des états seconds ; variations pathologiques du champ de la conscience. — M. BARRAT. Des troubles musculaires dans la neurasthénie. — M. LALLEMANT. Contribution à l'étude de l'hypertrophie des amigdales et de son traitement par la cautérisation ignée.

Hopital de la Pitié. — M. Albert ROBIN commencera ses leçons de clinique thérapeutique le vendredi 2 décembre à 9 h. 1/2 et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Hygiène de la grossesse, conseils aux femmes enceintes, par le Dr ADOLPHE OLIVIER, ancien interne de la Maternité de Paris, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris. — 1 volume in-16 de 340 pages, avec 30 figures (*Bibliothèque médicale variée*). — Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 27 NOVEMBRE AU 3 DÉCEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 8. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 32. — Affections cholériformes, 6. — Phtisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses. 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 61. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 65. — Bronchite aiguë et chronique, 56. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 74. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 55. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale et vices de conformation, 15. — Sénilité, 21. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 151. — Causes inconnues, 6. — Total : 897.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

63e Année. 8e Série. Tome I | N° 51 17 décembre 1892

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

LA SPONTANÉITÉ DE LA SCARLATINE,

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Cette spontanéité est souvent plus apparente que réelle. Les germes ordinaires que nous cultivons dans la bouche font difficilement de la scarlatine. La nature infectieuse de cette fièvre éruptive, l'immunité habituelle qu'elle confère après une première atteinte, ces attributs, en rattachant la scarlatine aux maladies infectieuses spécifiques, l'éloignent quelque peu de la grippe endémique, de l'érysipèle, de la pneumonie, etc., toutes affections récidivantes dont l'apparition imprévue dans un milieu indemne implique la spontanéité fréquente.

Et cependant, des doutes nous restent. Les observations des auteurs anciens (1), celle de Cummins (2) où une scarlatine puerpérale développée spontanément aurait transmis la scarlatine à un enfant de la malade, quelques faits recueillis par nous où la contagion trouvait difficilement place (3), avec cela la microbiologie de la scarlatine dont le streptocoque coutumier est censé faire de l'infection secondaire, sans qu'on connaisse de motif pour lui dénier le droit à la maladie primitive, toutes ces raisons d'ordre clinique et bactériologique s'accordent à ne pas éliminer d'une façon trop dédaigneuse la spontanéité de la scarlatine. Pour rare soit-elle, spontanéité et contagion étant deux ennemis peu enclins à fraterniser, toujours est-il que cette spontanéité ne répugne pas aux idées d'une époque où la grippe endémique se transforme en influenza (4) et où le bacille virgule éclôt dans la banlieue parisienne (5). Peut-être cette spontanéité apparaît-elle surtout sur les organismes en moindre résistance, les blessés et les accouchées par exemple ; car, défalcation faite des scarlatinoïdes d'origine médicamenteuse, rien ne prouve, ni la bactériologie ni la clinique, que la scarlatine septique et la scarlatine vraie soient deux maladies distinctes. Outre la propriété d'un germe infectieux univoque, le streptocoque, la scarlatine vraie et la scarlatine septique disposent de nombreuses formes frustes à classement ardu et dont les allures d'enfants terribles sautent les barrières gravement établies par les doctrines classiques (1). Distinguer une scarlatine vraie d'une scarlatine septique n'est pas toujours aisé au point de vue clinique.

L'épidémiologie n'est guère mieux protégée dans ses lignes de démarcation ; les récidives et la non contagiosité possibles de la scarlatine vraie empiètent sur le terrain de la scarlatine septique et les propriétés contagieuses de la scarlatine septique se permettent des incursions dans le domaine de la scarlatine vraie. Ce sont là procédés troublants pour les amateurs de classifications méthodiques. Les lacunes qu'ils éclairent dans le champ de la pathologie, il ne nous appartient pas de les combler. Il nous suffit de dire qu'une virulence moins nettement spécifique, une différence dans la porte d'entrée constituent peut-être les caractères les plus clairs qui font des scarlatines septiques une façon de scarlatine ébauchée, incomplète à coup sûr, mais dont la naissance spontanée ne préjuge en rien de la transformation ultérieure de cette scarlatine septique en scarlatine vraie.

Malheureusement, notre mémoire actuel n'apporte pas une pierre à l'édification de cette théorie. La spontanéité de la scarlatine n'a pu y être établie et tous les cas relèvent de la contagion ; contagion fréquente par tierce personne, il est vrai, mais dont la filiation a pu être reconstituée avec une précision que l'on ne parvient pas toujours à atteindre.

Voici l'histoire de notre épidémie :

L'enfant W..., âgé de 9 ans, prend la scarlatine à Lyon au commencement de mai 1892 (obs. I.). Revenu à Oyonnax, il contagionne à la fois son petit frère (obs. II), et l'enfant Bil... (obs. III), ce dernier ayant été rencontré fortuitement à la gare le 6 juin. De ce contact tout passager, il résulte pour l'enfant Bil... une scarlatine qui évolue le 16 juin, c'est-à-dire dix jours plus tard.

Ces trois premiers cas restent longtemps isolés : la scarlatine est de placement difficile ; elle finit cependant par se caser. Une domestique qui promenait les enfants W..., se souvient à temps qu'elle a un neveu, le jeune Gout..., âgé de 6 ans (obs. IV). Ce petit garçon, qui jouait fréquemment avec sa tante, accepte d'elle la scarlatine, mais après maintes hésitations. C'est le 15 septembre qu'il tombe

(1) *Dict. encyclop. des sc. médic.*, art. Scarlatine, par Sanné, p. 364.
(2) Cité in Durand, th. Paris, 1891 : *Étude critique et historique de la scarlatine puerpérale*, p. 235.
(3) *Le mal de Bright épidémique et la scarlatine*, (*Gaz. méd.*, nos 41 et 42, 1891). *La spontanéité des maladies infectieuses*. (*Gaz. méd.*, no 28, 1892.)
(4) *Note sur l'étiologie de la grippe*, par Fiessinger. (*Revue de médecine*, sept. 1892.)
(5) Netter. *Bulletin médical*, 20 juillet 1892.

(1) Durand, *loc. cit.*, p. 168.

malade, c'est-à-dire plus de trois mois après le second des enfants W... Inutile d'ajouter que les vêtements de la tante n'avaient pas été désinfectés. On ne connaît pas ça à Oyonnax.

A son tour, le jeune Cout..., entré dans la période de desquamation, s'offre un vrai luxe de contagion. A peine guéri, (20 septembre), il contagionne Gen. (Marie) (obs. V), une petite voisine de 7 ans qui joue dans la rue. Par l'intermédiaire d'une camarade commune, il envoie la scarlatine à Ros... (Marguerite), âgée de 4 ans 1/2 (obs. VII). Est-ce bien là le procédé dont il s'est servi pour réaliser cette dernière contagion? Cout.. a fait une apparition à l'école maternelle le matin du 4 octobre, et c'est le même soir que Ros... (Marguerite) est atteinte. Une incubation de quelques heures, telle qu'on s'est vu pour la scarlatine (sept heures Thomas, douze heures, Sevestre) (1); Ros... (Marguerite) contagionnée le matin à l'école pouvait bien prendre la scarlatine le même soir.

Une incubation si courte n'est pas chose fréquente. D'autres enfants soumis au même contact infectant dans cette matinée du 4 octobre, ont arrêté pendant plusieurs jours l'invasion de la maladie. Bert... (Anna) (obs. X) s'alite cinq jours plus tard, le 9 octobre; Jull... (Augustine) (obs. XIII) attend huit jours (12 octobre); l'enfant Reygr... se livre au bout de quarante-huit heures (obs. VIII, 6 octobre) mais fait précéder sa scarlatine, d'une tuméfaction parotidienne transitoire, une façon d'oreillons du côté droit, qui fait place le troisième jour à l'éruption scarlatineuse. Tout cela se passe à l'école maternelle laïque; l'école des garçons n'est pas mieux protégée. Après son apparition à l'école maternelle, le matin du 5 octobre, l'enfant Cout... rentre à l'école des garçons le 12 octobre. Là encore il fait de la contagion. Quarante-huit heures sont à peine passées qu'il a donné la scarlatine à son camarade Bonn...(J.) (obs. XV). Ce dernier, âgé de 6 ans, tombe malade le 14 octobre et succombe le 20.

Le rôle de l'enfant Cout... est terminé; aux autres d'entrer en scène.

Gen... (Marie) (obs. V), très légèrement atteinte le 20 septembre, sort dès le 24 et fait cadeau de la scarlatine à Merm... (Louise) (obs. VI) qui s'alite le 26, deux jours plus tard. Peu après, voici venir la rentrée de l'école libre, le 4 octobre; Merm... (Louise) ne manque pas d'y paraître et distribue la scarlatine dont elle est à peine guérie à deux fillettes, Jac... (Victorine) (obs. XIV) et Q... (Judith) (obs. XVI) (2). La première présente l'éruption scarlatineuse le 14 octobre, et la seconde le 17.

Il est quelque peu pénible pour le lecteur d'assister à ce défilé monotone de noms et de dates; nous lui demandons pardon de cette fatigue. La préservation des maladies infectieuses a pour première condition la connaissance minutieuse de leur épidémiologie.

Jusqu'à présent la contagion ne s'est opérée que pendant la période de desquamation. Voici un certain nombre de faits où elle s'est produite pendant la période éruptive.

Tandis que le jeune Reygr..., celui-là même qui avait présenté une tuméfaction parotidienne, laissait évoluer sa scarlatine, son frère aîné âgé de 8 ans allait à l'école. Vingt-quatre heures après l'éruption scarlatineuse du cadet, il apportait la scarlatine à son camarade Guin. (obs. IX, 9 octobre); avant de la donner à l'enfant B... (obs. XII), il attendait trois jours de plus (12 octobre). Ros... (Marguerite), une des premières infectées (obs. VII), avait sa grand'mère qui cherchait du pain à la boulangerie; par cet intermédiaire elle contaminait un garçon boulanger (obs. IX). Ros... (Marguerite) était scarlatineuse du 4 octobre, le boulanger le devient du 8.

Tous ces derniers cas de contagion se sont effectués par une tierce personne; c'est là un fait très frappant dans notre épidémie que cette fréquence de la contagion indirecte.

Per... (Elise) (obs. XVII) a la scarlatine le 18 octobre. La domestique de la maison est sœur du jeune B... (obs. XII), qui est scarlatineux depuis le 12; tous les soirs elle rentre chez elle et dans cette course quotidienne de son domicile chez ses maîtres, elle s'est transformée en intermédiaire infectieux.

Reyg... (Marguerite) (obs. XVIII), est sœur du scarlatineux qui a fait de la tuméfaction parotidienne. Elle quitte son petit frère le jour de l'éruption; quinze jours plus tard ses parents lui apportent la scarlatine dans une maison voisine. C'est encore là une victime probable de la contagion indirecte. Admettre que cette fillette ait été directement contaminée par son frère, quinze jours auparavant, semble une hypothèse moins acceptable, l'incubation de la scarlatine ne se prolongeant pas sur une telle durée.

A la vérité un certain nombre de nos malades ont leur scarlatine soumise à semblable discussion; les causes de contagion ont été doublées chez quelques-uns. Aussi bien qu'indirectement par la domestique, Per... (Elise) (obs. XVII), a pu être infectée le 11 octobre par l'enfant J... (obs. XIII), laquelle est tombée malade le 12. Se ranger à cette dernière interprétation, c'est dire que la scarlatine est contagieuse à la période prodromique et pareil fait ne s'est jamais présenté d'une façon bien nette à notre observation (1). La contagion par tierce personne aux périodes éruptives ou de desquamation est au contraire si clairement établie que c'est à elle que nous accordons notre voix, dans les cas où les deux causes sollicitent nos suffrages. Voilà pourquoi l'enfant B... (obs. XII) également exposé à la contagion prodromique, a été classé comme victime de la contagion indirecte.

A plus forte raison rejetons-nous cette contagion de la période prodromique dans les circonstances où la contagion directe peut être invoquée. Tel est le cas des enfants Reyg... (obs. VIII), Jull... (obs. XIII) et Q... (obs. XVI). Contaminés tous trois à la période de desquamation, ils n'ont que faire d'une contagion prodromique certainement exceptionnelle.

Nous nous sommes trouvé en face de difficultés plus grandes encore: le choix entre la contagion directe ou indirecte quand l'enfant est réclamé par toutes deux à la période de desquamation.

Jac... (Victoria) (obs. XIV) est prise de scarlatine le 14 octobre; elle a pu être infectée directement par la petite Merm... (obs. VI) convalescente de fin septembre ou indirectement

(1) *Traité de médecine*, t. II, Fièvres éruptives, par Guinon, p. 44.

(2) D'autres cas de scarlatine imputables à l'enfant Merm..., se sont produits à l'école libre à partir du 25 octobre.

(1) Girard (de Marseille) admet la contagion pendant les prodromes (Cadet de Gassicourt. *Maladies de l'enfance*. 2e édition, 1887, t. II, p. 402.) Nos observations établissent combien une semblable contagion doit être acceptée avec réserve.

par Cout... (obs. IV) qui jouait avec une camarade commune. Plus haut nous avons déjà parlé de Ross... (Marguerite) (obs. VII). Le même enfant Cout... — avait pu lui donner la scarlatine indirectement pendant les vacances ou directement le matin de la rentrée — Au lieu de l'hypothèse de contagion directe, l'incubation étant très courte (dix heures), nous avons opté dans ce dernier cas pour la contagion indirecte. Quant à l'enfant Jac..., la contagion directe semble avoir été prédominante, puisqu'à côté de cette fillette, cette forme de contagion s'est en même temps exercée sur une autre enfant.

Ces explications fournies, nous dirons que sur nos 18 premiers scarlatineux, nous avons relevé 11 exemples de contagion directe et 7 de contagion indirecte.

Pendant la période prodromique, nous n'avons trouvé aucune observation de contagion probante.

Pendant la période d'éruption, la contagion s'est opérée 4 fois (obs. IX, XI, XII, XVII) et toujours d'une façon indirecte. 14 fois la maladie s'est répandue à la période de desquamation (obs. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX) et dans ce chiffre sont compris 3 faits de contagion indirecte et 11 de contagion directe. Les enfants étaient guéris depuis longtemps qu'ils infectaient encore leurs petits camarades. Une contamination directe au bout de trois à quatre semaines a été plusieurs fois enregistrée (obs. XV, XVI). Dans une observation, l'effet de la contagion ne s'est manifesté qu'au bout de trois mois (obs. IV). Field (1) a vu des vêtements infecter 4 enfants au bout d'un an.

Nous n'avons pas toujours pu noter la période exacte d'incubation, la multiplicité des contacts s'opposant à des dates d'une précision rigoureuse. Dans les cas où le contact infectant n'a été que passager, la période d'incubation arrêtée à l'apparition de l'éruption scarlatineuse, a été :

De dix heures, une fois (obs. VII). Nous avons vu que des réserves étaient à faire sur cette incubation trop courte.

De vingt-quatre heures, une fois (obs. XI)

De deux jours, deux fois (obs. VI, XV).

De quatre jours, deux fois (obs. VIII, XII).

De cinq jours, une fois (obs. X).

De huit jours, une fois (obs. XIII).

De dix jours, une fois (obs. III).

Tous ces chiffres sont d'accord avec les données classiques. Guinon (2) dans le Traité de médecine, donne quatre à cinq jours comme chiffre moyen de la période d'incubation. Cadet de Gassicourt (3) note un chiffre habituel de trois à sept jours.

Sans insister sur la question de prophylaxie, il nous semble que les règlements scolaires devraient tenir un compte plus attentif de la fréquence de la contagion par tierce personne. Non seulement les enfants scarlatineux ne seront acceptés à l'école qu'après une guérison remontant au moins à six semaines, mais leurs frères et sœurs resteront chez eux pendant le même laps de temps. Des uns et des autres on exigera la désinfection des vêtements, cette formalité étant absolument indispensable, comme en témoigne notre observation de contagion scarlatineuse au bout de trois mois.

(1) *Traité de médecine, loc. cit.*, p. 44.
(2) *Loc. cit.*, p. 44.
(3) *Traité des maladies de l'enfance.* 2e édit., 1887, t. II, p. 404.

Un mot pour terminer.

Nous avons intitulé notre mémoire : La spontanéité de la scarlatine et les faits que nous exposons jurent avec ce titre. Aucun cas de scarlatine n'a éclaté spontanément.

Il ne semble pas toujours en être ainsi. Si, plus tard, nous publions de nouveaux faits où cette spontanéité paraît probante, on nous concédera, nous l'espérons du moins, une certaine indépendance d'esprit qui observe sans idées préconçues, et un grand souci de vérité dans nos enquêtes.

Observations.

Observation II (1).

W. Garçon de 6 ans 1/2, a eu son frère atteint de scarlatine à Lyon au commencement de mai 1892 (obs. I). Le 8 juin, fièvre, mal de gorge ; le 9, éruption scarlatineuse sur le dos et le thorax. T. m., (rect.) 40°5; P. m., 140°. Rentre à Lyon le même soir.

Observation III.

Bil..., 2 ans 1/2, est à la gare d'Oyonnax, le 6 juin 1892, à côté des enfants W... — dont l'aîné est convalescent de scarlatine. — Souffre depuis quelques jours d'une adénite inguinale. Le 16, éruption scarlatineuse, mal de gorge. Le 18 ; T. 40°. Le 19. T. m., 33°5. T. s., 39°4. Le 20. T. m., 38 ; T. s., 38°5. Le 21. T. m., 37°9; T. s., 38°3. Le ganglion de l'aine suppure et s'ouvre le 22; une culture du pus montre le staphylocoque blanc. La convalescence s'annonce par une desquamation abondante. La scarlatine était d'allures si classiques que plutôt qu'à une scarlatinoïde dépendant de l'infection ganglionnaire, nous croyons à une scarlatine vraie. Ce cas n'a pas fait de contagion.

Observation IV.

Cout... (Ed.), garçon de 6 ans, a pour tante une domestique de Mme W..., mère des premiers scarlatineux. Cette tante joue fréquemment avec lui. Le 15 septembre, éruption scarlatineuse ; l'enfant ne se plaint pas de la gorge. Le 18 : T. s., 39°; éruption typique sur les cuisses, les avant-bras, le dos, les reins. Le 20, desquamation poussiéreuse commençant par le dos. L'enfant retourne en classe le 12 octobre à l'école des garçons, mais, dès le 4 octobre, il avait passé quelques instants à l'école maternelle, d'où il avait été renvoyé, comme trop âgé.

Observation VII (2).

Ros... (Marguerite), 4 ans 1/2, n'a eu aucun contact direct avec le malade précédent ; mais elle est camarade de la petite Col..., âgée de 6 ans et habitant l'étage au-dessous de celui où reste le jeune Cout... Ces enfants jouent journellement ensemble. La jeune Ros... (Marguerite) contaminée par l'enfant Col..., servant d'intermédiaire, tombe malade à la sortie de classe le 4 octobre. Eruption scarlatineuse surtout marquée aux membres inférieurs. Muqueuse de la gorge rouge. Le 6 octobre, fausse membrane sur l'amygdale droite. T. s., 39°3.

(1) Le traitement a consisté dans le régime lacté exclusif associé à de légères doses de sulfate de quinine (60 centigrammes en moyenne), gargarismes antiseptiques et badigeonnages de la gorge au jus de citron ou plutôt au phénol sulforiciné à 10 0/0.

(2) Nous n'avons pas été appelé auprès des malades V et VI ; leur scarlatine a été fort bénigne et n'a nécessité un séjour au lit que de peu de jours ; au cours du mémoire nous avons fourni les renseignements de dates que nous avons pu recueillir auprès des parents.

L'éruption et la fièvre disparaissent le 8 octobre. Comme nous l'avons dit au cours de ce mémoire, Ros... (Marguerite) a pu être infectée par l'enfant Cout... à l'école maternelle, le matin du 4 octobre.

Observation VIII

Reyd..., âgé de 5 ans 1/2, va à l'école maternelle où il est infecté le matin du 4 octobre par Cout... (obs IV). Cette étiologie nous semble plus probable que celle qui ferait dériver la contagion de l'enfant Ros... (obs. VII). Cette dernière aurait fait avec cette hypothèse de la contagion dès la période prodromique; cela paraîtrait étrange étant données l'existence douteuse de l'une et la fréquence de la contagion à la période de desquamation, ce qui est le cas actuel.

Reyd... dans la nuit du 6, a des vomissements et de la fièvre. Diarrhée légère. Tuméfaction parotidienne du côté droit, douloureuse à la pression. Cette tuméfaction siège en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur; avec la fièvre elle disparaît dès le lendemain, mais pour faire place le 8 à une éruption scarlatineuse typique. Enduit pultacé sur l'amygdale droite; muqueuse de la gorge rouge; fièvre évoluant entre 38 à 38 1/2. Le 9, légère poussée de rhumatisme scarlatin; douleurs dans les poignets, les genoux, les hanches disparaissant au bout de trois jours. Le 12, desquammation. Une faiblesse excessive accompagne la convalescence et l'enfant ne se tient debout que quelques jours plus tard.

Observation IX.

Reyd... (Ernest), 27 ans, garçon boulanger. Dans la boulangerie se rend la grand'mère de Ros..., (Marguerite) (obs. VII). Est contagionné par cette tierce personne. Le 8, angine, éruption scarlatineuse. Le 11. T. s., 40°. Le 12. T. m., 39; T. s., 39°4. Douleurs dans les deux poignets; exanthème écarlate; sur les deux avant-bras, éruption vésiculeuse jaunâtre semblable à celle que produirait un badigeonnage d'huile de croton. Le 13. T. m., 39°3; T. s., 38°5. Le 14. T. m., 38°2. Le 15. T. m., 37°5. Desquamation; les vésicules des avant-bras se flétrissent.

Observation XI (1).

G... (Hug.), garçon de 9 ans, va à l'école avec le frère de Reyg... (obs. VIII). Est contagionné le troisième jour de la maladie, vingt-quatre heures après le début de l'éruption chez ce dernier. Le 9, nausées, maux de tête, exanthème scarlatineux. Le 12 T. m., 38°2; T. s., 38°2. Le 13. T. m. 38°3; T. s., 37°5.

Observation XIII.

Jul... (Augustine), 5 ans 1/2, est contagionnée à l'école maternelle le matin du 4 par Cout... (obs. IV). — Aurait pu être infectée à la période prodromique par Bert... (Anna) (obs. X); on sait les raisons qui nous font rejeter ce mode de propagation. Scarlatine le 12, débutant par des vomissements et de la diarrhée. Éruption classique. La fièvre oscille entre 38° et 39°; desquamation le 21. Fièvre persistante; urines albumineuses, bubon scarlatineux à la face supérieure du cou, au niveau du sterno-mastoïdien droit. Guérison lente.

(1) Nous n'avons pas soigné les malades X et XII qui ont été légèrement atteints et avons déjà cité les renseignements de dates que nous avons recueillis.

Observation XIV.

Jac... (Victoire), fillette de 2 ans 1/2 peut avoir été contagionnée de deux côtés différents: indirectement, par l'enfant Cont... (obs. IV) à l'aide d'une camarade commune, dont nous avons déjà parlé à l'observation VII, et directement par Merm... (Louise) (obs. VI) à l'école maternelle libre. Comme un autre fait de contagion s'est produit à l'école libre, nous adoptons cette dernière interprétation. Le 14 octobre, inappétence, agitation, exanthème scarlatineux, angine légère. Le 15. T. m., 38°; s., 38°,5. Le 16. T. m., 37°; s., 38°,6. Le 17. T. m., 36°,4. L'éruption ternit.

Observation XVI.

Quinq... (Judith), 5 ans, est contagionnée à l'école libre par Rem. (Louise) (obs. VI), a été en contact avec Jac... (Victorine) (obs. XIV) lors de la période prodromique de cette dernière. Le 17, vomissements, agitation, maux de gorge, exanthème scarlatineux. Le 18. T. m., 38; s., 39°. Le 19. T. m., 38°,5; s., 39°. Le 20. T. m., 38°,2; s., 37°,5.

Observation XV.

Bonn... (Joseph), 6 ans, est contagionné le matin du 12 octobre à l'école des garçons par Cout... Le matin du 14, vomissements incoercibles et diarrhée fétide. Potion acide lactique 2 gr. T. m., 37°,5; s., 40°,2. Quelques rougeurs scarlatineuses peu prononcées sur les fesses et le thorax. Le 15. T. m., 37°,5; s., 39°,5. Enduit pultacé par taches blanches sur le voile du palais et l'amygdale du côté gauche. Les parents n'arrivent pas à faire les badigeonnages antiseptiques prescrits. L'éruption s'est étendue, mais reste d'un rose clair. La diarrhée est moindre, les vomissements ont cessé. Le 16. T. m., 38°,4; s., 39°,5. La diarrhée et les vomissement reprennent et on redonne la potion d'acide lactique. Le 17, faiblesse excessive; une légère poussée éruptive sous forme de placards rouges s'est faite à la face inférieure des avant-bras, le thorax et les jambes. T. m., 40°; s., 39°,5. Empatement sous-maxillaire du côté gauche occupant toute la face supérieure du cou. Le 18. T. m., 38°,3; s., 39. L'enfant peut à peine ouvrir la bouche. Agitation très grande. Traces d'albumine dans la vessie. Le 19. T. m., 38°,4; s., 38°,4. Les boissons reviennent en partie par le nez. Impossible d'inspecter l'état de la gorge. Le 20. T. m., 37°,6; s., 39°,2. Une fluctuation profonde semble être perçue au niveau de l'empâtement. Le soir les extrémités sont froides, le pouls est imperceptible. Une selle diarrhéique fétide. Mort dans la nuit.

Observation XVII.

Per... (Élise), 5 ans, a été contagionnée indirectement par l'enfant B... (obs. XII) frère de sa domestique. Cette domestique rentre tous les soirs chez ses parents. Per... (Élise) s'est également trouvée exposée à la contagion de Jul... (Auguste), (obs. XIII) à la période prodromique. Dans la nuit du 18, exanthème scarlatineux sans fièvre ni mal de gorge; léger enduit pultacé constaté sur l'amygdale droite. Le 18. T. m., 37°,2; s., 38. Le 19. T. m., 37°,2; s., 37. Le 20. T. m., 37°,5; s., 37°,3. Tout le corps est d'un rouge vif, plus marqué sur les jambes et les reins et piqué de points rouges plus foncés. Le 21. T. m., 37°,2; s., 37. A noter l'apyrexie complète de cette scarlatine.

OBSERVATION XVIII.

R... (Marguerite) est sœur du malade VIII. Elle a quitté ce dernier le matin de l'éruption le 8 et a été conduite dans une maison voisine où ses parents la visitent journellement. Elle prend la scarlatine le 23. Contagionnée directement par son frère, elle aurait fait une incubation de quinze jours, ce qui paraît bien long. Nous croyons plutôt à une contagion indirecte par l'intermédiaire des parents. Le 23, vomissements, angine, exanthème scarlatineux. T. m., 40; s., 39. Le 24. T. m., 39°,3; s., 39°,7. Le 25, T. m., 40°,1 s., 37°,4. Sur les avant-bras, éruption prurigineuse ayant donné lieu à des grattages et de petites excoriations. Toux et râles humides dans les bronches. Le 26. T. m., 38°,1, s., 38°,3. Le 27. T. m., 37°,5. L'éruption a disparu; elle persiste sur les fesses et la face postérieure des cuisses avec une poussée vésiculeuse.

OBSERVATION XIX.

Bourd..., (Félicie), 23 ans, a été contagionnée par l'enfant G... (obs. XI) à la mère duquel elle rendait de fréquentes visites. Elle est nourrice d'un enfant de 4 mois. Le 22, cuisson à la figure, rougeurs érythémateuses accompagnées d'un peu d'épaississement de la peau; les conjonctives sont injectées. Léger mal de gorge. Le 23, muqueuse de la gorge rouge, sans enduit pultacé. T. s., 37°,8. Le 24, T. m., 37°,2; P. m. 92; s., 37°,9. La desquamation s'opère à la face qui reste toute rouge. Le 25, T. m., 36°,5. Les rougeurs ternissent. Démangeaisons sur les reins. Cette scarlatine est curieuse par son aspect clinique qui la rapproche du groupe des scarlatinoïdes.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

DE L'INFLUENCE DES FILTRES MINÉRAUX SUR LES LIQUIDES CONTENANT DES SUBSTANCES D'ORIGINE MICROBIENNE (1),

Par M. ARLOING.

Les filtres minéraux, et surtout les filtres Chamberland (système Pasteur), ont été souvent employés, en France, pour obtenir séparément les microbes et les substances que ces derniers ont formées directement ou indirectement dans les cultures liquides.

Je ne me propose pas de discuter ici les meilleurs moyens de réaliser cette séparation : je veux simplement examiner dans quelle mesure les filtres minéraux modifient la composition d'un liquide renfermant des sécrétions microbiennes.

Les chimistes nous ont appris depuis longtemps que ces filtres retiennent au passage une certaine quantité de matières albuminoïdes et notamment des diatases. Moi-même, je me suis aperçu, il y a quelques années, que des produits microbiens doués d'un pouvoir phlogogène perdaient une partie de leur activité en passant à travers les filtres Chamberland. Dans mon laboratoire, MM. Rodet et Courmont ont fait une observation analogue sur le pouvoir toxique des bouillons de culture du staphylocoque doré. Je suppose que cette remarque a été faite dans d'autres laboratoires pour des substances microbiennes d'origines diverses.

Aujourd'hui, les recherches sur les produits amorphes des microbes étant plus que jamais l'ordre du jour, j'ai

(1) Acad. des Sciences, 20 juin 1892.

pensé qu'il était utile de connaître, aussi bien que possible, les changements que les filtres apportent dans la proportion des différentes substances déversées par la vie microbienne au sein des milieux où elle s'est accomplie.

J'ai pris, comme objet d'étude, le liquide qui s'échappe des pulpes de betterave de sucrerie après leur fermentation en silos, afin d'obtenir d'emblée des résultats plus nombreux et plus variés.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur ce liquide au point de vue toxique. Je dirai seulement qu'il est acide et qu'il doit cette qualité à trois acides au moins (acétique, lactique et butyrique), et que sa toxicité est répartie, avec certains caractères spéciaux, entre des substances diastaséiformes précipitables par l'alcool et des substances solubles dans l'eau alcoolisée.

Or, si l'on filtre la même quantité de liquide à travers le papier et à travers une bougie neuve, pâte F, sous une pression de 3 atmosphères, on s'aperçoit que le filtre Chamberland a retenu :

1° 19,89 p. 100 de la partie solidifiée par évaporation;
2° 20,48 p. 100 des substances précipitables par l'alcool;
3° 33,80 des acides libres.

Parmi les substances qui forment le précipité alcoolique, quelques-unes peuvent être reprises par l'eau; les autres sont définitivement insolubles. Ces deux sortes de substances ne se trouvent pas associées dans les mêmes proportions à l'intérieur du précipité, quand le liquide a traversé le filtre en papier ou le filtre minéral. Dans le précipité fourni par le liquide ayant traversé le papier, la portion soluble dans l'eau est à la portion insoluble comme 4,04 : 1; dans l'autre, comme 8,42 : 1.

Le filtre minéral retient donc proportionnellement une plus grande quantité de substances définitivement insolubles dans l'eau après l'action de l'alcool que de substances solubles.

Si la bougie a déjà servi plusieurs fois à filtrer le même liquide ou des liquides différents, après avoir été stérilisée chaque fois à l'autoclave, sa force rétentive diminue beaucoup. Ainsi une vieille bougie retenait seulement 2,05 p. 100 du résidu solidifiable par évaporation, tandis qu'une bougie neuve retenait 19,89 p. 100, et seulement 4,41 p. 100 des substances précipitables par l'alcool au lieu de 20,48 p. 100.

Si la bougie a servi moins souvent, elle retient dans une proportion moyenne. Dans l'une de mes expériences, un filtre, dans ces conditions, a retenu 12,06 p. 100 des substances précipitables par l'alcool.

Le filtre Chamberland a donc appauvri le liquide que je lui ai confié. Il l'a spolié d'une quantité notable de substances organiques azotées et hydrocarbonées. L'appauvrissement n'est pas identique pour toutes les bougies neuves filtrant sous une pression constante. Il est enfin éminemment variable si l'on opère avec des bougies ayant déjà servi, car il est subordonné au nombre des filtrations que l'on a faites antérieurement et à la nature des liquides filtrés.

Bien plus, il est impossible d'établir une relation entre la diminution subie par les substances précitées dans un milieu de culture et celle du pouvoir toxique de ce milieu. Par exemple, tandis que la filtration sur une bougie neuve fait baisser la proportion du résidu solidifiable par évapo-

ration du précipité alcoolique de 1/5, elle fait baisser la toxicité des 4/5, et tandis que la filtration sur une bougie ayant modérément servi fait diminuer la proportion de ces substances de 1/6 elle abaisse la toxicité des 3/5 de sa valeur primitive.

Il y a donc, dans le liquide provenant des pulpes de betterave fermentés, une substance toxique extrêmement active sous un petit volume que le filtre retient très énergiquement, ce dont il est difficile de se rendre compte par des moyens inspirés de la physique et de la chimie.

J'ai expérimenté aussi avec le filtre Garros, à pâte d'amiante. Sous la pression ordinaire, ce filtre a retenu, comparé au filtre Chamberland neuf :

1° 6,17 p. 100 du résidu solidifiable par évaporation au lieu de 19,89 p. 100;

2° 41,16 p. 100 des substances précipitables par l'alcool au lieu de 20,48 p. 100;

3° 2,85 p. 100 des acides libres au lieu de 33,80 p. 100.

Si la pâte d'amiante a moins d'affinité que le filtre Chamberland pour l'ensemble des substances dissoutes, il en a beaucoup plus pour les matières diastaséiformes.

Bien que tous ces résultats ne soient valables que pour le liquide de pulpes de betterave, je ne doute pas que l'action rétentive qu'ils ont démontrée s'exercera plus ou moins sur tous les liquides chargés de substances organiques.

En conséquence, on peut dire que les filtres à pâte minérale jouissent de précieuses qualités pour leurs applications à l'hygiène, puisqu'ils retiennent plus que les microbes parmi les corps qui peuvent souiller les eaux, mais offrent, au point de vue expérimental, de sérieux inconvénients, qui trompent sur les véritables propriétés des sécrétions microbiennes et rendent les expériences faites avec les cultures filtrées, à des moments et dans des lieux divers, très difficilement comparables.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

UN CAS D'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC PERFORÉ ET OUVERT DANS LA CAVITÉ DE L'ESTOMAC ; LAPAROTOMIE ; OBLITÉRATION DE LA SOLUTION DE CONTINUITÉ ; GUÉRISON, par le Dr H. KRIEGE. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, n° 49, p. 1214, et n° 50, p. 1230.)

Dans bon nombre de circonstances pathologiques qui, pendant longtemps, ont été du ressort exclusif de la thérapeutique médicale, la chirurgie, depuis qu'elle est entrée dans une phase nouvelle, a fait des tentatives d'intervention, qui ont été quelquefois couronnées de succès dans des cas désespérés.

L'observation suivante est un exemple à l'appui de cette remarque :

Homme de 41 ans, souffre de l'estomac depuis une vingtaine d'années déjà. La mère est morte d'un cancer de l'estomac; un de ses frères a été enlevé par une péritonite, et un autre a succombé à l'âge de 17 ans, aux suites d'une perforation d'un ulcère simple de l'estomac.

Pendant longtemps le malade a été soigné pour un simple catarrhe de l'estomac. Puis, lorsqu'on l'eut soumis à des examens méthodiques, destinés à faire connaître l'état de son chimisme stomacal, on diagnostiqua une affection purement nerveuse des organes digestifs (1890). Vers la même époque (1er juin 1890), le malade a eu une première gastrorrhagie, qui a duré quatre jours.

Pendant les trois premiers jours, le malade a rendu par le bas, des matières qui ressemblaient à du goudron ; le quatrième jour, il a vomi du sang en abondance.

Une seconde gastrorrhagie est survenue à peu de temps de là (24 juin 1891), puis une troisième au mois de mars, et une quatrième vers la fin de juin 1891. Sous l'influence d'un régime approprié, le malade s'était rétabli en apparence. Son poids corporel se maintenait sensiblement à 125 livres.

Puis, dans la nuit du 18 au 19 mai dernier, le malade fut réveillé par de violentes douleurs cardialgiques. Le médecin, mandé tout aussitôt, pratiqua une injection de morphine de 1 centigr., fit appliquer une vessie de glace sur l'épigastre et prescrivit la diète absolue. Cinq minutes après l'injection de morphine, cessation des douleurs. A partir de 10 heures, on permet au malade de prendre du lait glacé par cuillerées à bouche. Retour des douleurs à midi. Le ventre était rétracté, la paroi abdominale était dure comme une planche. Dans la région du foie, la matité normale avait fait place à un son sourd, tympanique; nausées, pas de vomissements. Le médecin fait une seconde injection de morphine de 2 centigrammes, prescrit de nouveau la diète absolue, l'immobilité complète au lit. De plus, il expose au malade que, très vraisemblablement, une opération deviendra nécessaire. Le malade est consentant.

Dans la soirée, le chirurgien Heussner, de Barmen, est appelé en consultation. On diagnostique une perforation d'un ulcère simple de l'estomac, et sur-le-champ, on procède à une laparotomie.

L'opération a duré près de deux heures et demie. La paroi abdominale a été incisée le long de la ligne blanche admominale, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic. Au moment de l'incision du péritoine, des gaz inodores s'échappent par l'incision, en faisant entendre un bruit de sifflement. Entre les anses intestinales non distendues, on a trouvé, à gauche surtout, des mucosités floconneuses, inodores, échappées de l'estomac. Au niveau de la paroi antérieure de cet organe la séreuse présente un aspect normal. Vers la petite courbure, elle est un peu injectée et couverte de dépôts muco-floconneux. Impossible de découvrir les traces d'une perforation. C'est pourquoi on trace une seconde incision, transversale, partant de la première, intéressant le muscle droit antérieur du côté droit. On rend ainsi accessible à l'exploration la région pylorique et le duodénum. On ne trouve pas davantage une déchirure sur ces parties, pas plus que sur la paroi postérieure de l'estomac, qu'on explore après avoir divisé le ligament gastro-hépatique. On trace une incision transversale partant de l'incision verticale, et dirigée de droite à gauche, de façon à mettre au jour le grand cul-de-sac, qui n'est pas non plus perforé. Après une demi-heure de recherches, finalement on découvre une déchirure, à 3 centimètres du cardia, plus rapprochée du fond de l'estomac que de la petite courbure. Cette solution de continuité avait le diamètre d'un pois. L'oblitération de la solution de continuité ne put se faire qu'au prix de très grandes difficultés, dues en partie à un éclairage insuffisant. Et encore, les premières sutures, en déchirant la paroi de l'estomac, n'aboutirent qu'à augmenter les dimensions de la solution de continuité. Finalement l'oblitération se trouva réalisée au

moyen d'une double rangée de sutures en étage. On épongea ensuite avec de la gaze aseptique le sang et le contenu stomacal épanché dans l'estomac. Puis la plaie abdominale fut recousue avec de la soie. On ne laissa subsister qu'à la partie inférieure de l'incision médiane une petite ouverture, à travers laquelle on introduisit une bandelette de gaze iodoformée, pour drainer la cavité abdominale. Application d'un pansement à la ouate et à la gaze iodoformée.

Nous passons sur les détails des soins consécutifs, pour ne mentionner que les épisodes principaux de la période de cicatrisation : L'opération avait eu lieu le 19 mai. Le 21 mai, le pansement est changé pour la première fois ; la gaze iodoformée était imprégnée d'un liquide sanguinolent ; pas d'odeur fétide. La température corporelle du patient ne dépassait pas 37°7. P. 28. On fait au malade des injections rectales de thé chaud, ou d'eau de Carlsbad, puis, à partir du 25 mai, de bouillon additionné d'un œuf.

Le pansement est renouvelé pour la seconde fois le 26 mai T. 37°8. Rougeur inflammatoire au niveau des points de suture. Des gouttelettes de pus viennent sourdre par la plupart des trajets creusés par l'aiguille.

Le pansement est renouvelé pour la troisième fois le 29 mai. La température corporelle du patient ne s'est pas élevée au-dessus de 38°1.

Le 1er juin, treize jours après la laparotomie, première ingestion de nourriture *per os* : toutes les trois heures, 100 cc. de lait coupé avec du thé ou de la tisane d'orge : cette nourriture est bien supportée.

Les jours suivants on augmente les doses de lait, et le 5 juin on associe à cette alimentation liquide, du poulet et de la purée de pomme de terre. Le malade est très amaigri, mais ses forces augmentent.

Le 13 juin, en renouvelant le pansement, on constate l'existence d'un petit abcès, dans la paroi abdominale. Pansement humide. Trois jours après, l'abcès était guéri.

Le 22 juin, l'état général ne s'était pas amélioré. En examinant le malade, on constate l'existence d'un épanchement pleurétique. Le surlendemain une ponction exploratrice donne issue à du pus.

Le 25 juin, opération de l'empyème. Résection d'un fragment de la dixième côte. Évacuation d'un demi-litre de pus fétide. En explorant le diaphragme, on ne découvre pas de solution de continuité. Fièvre modérée.

Le 1er août, on constate que l'état général est en voie d'amélioration. Poids corporel, 100 livres. Ce poids s'élève à 104 livres le 17 août, et à 111 livres le 1er septembre. La fistule pleurale ne donne plus issue qu'à une petite quantité de pus.

Le 16 septembre, le poids corporel du malade était de 114 livres, et le 15 novembre il était de 123 livres. Le sujet avait recouvré toute sa vigueur. Sa fistule pleurale était presque entièrement oblitérée. Bref, il pouvait être considéré comme guéri.

Après avoir expliqué comme quoi, dans le cas en question, les circonstances étaient particulièrement favorables au succès d'une intervention opératoire, après avoir justifié les mesures diététiques prises pendant la période des soins consécutifs, M. Kriege a donné la relation concise d'un autre cas d'ulcère rond de l'estomac, perforé et ouvert dans la cavité abdominale, où une laparotomie suivie de l'oblitération de la déchirure aboutit à un dénouement fatal ; la malade, une jeune fille de 21 ans, succomba dix jours après la laparotomie. A l'autopsie on a trouvé comme cause de mort, un étranglement intestinal.

L'auteur a ensuite passé en revue les opérations du même genre, au nombre de 8, qui ont été pratiquées jusqu'ici et qui, toutes, se sont terminées par la mort des opérés, sauf celle qui a été relatée plus haut.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement du varicocèle par la résection du scrotum, par M. Nicolas-Ilié Duma. — Th. Paris 1891.

A ne tenir compte que des publications contemporaines il semblerait que le mérite de la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum dût revenir à Henry (de New-York). Horteloup, sans connaître les travaux du chirurgien américain, aurait été, lui aussi, inductivement conduit en 1882, à pratiquer et à préconiser un pareil procédé thérapeutique.

Une connaissance plus approfondie de la littérature médicale eût facilement démontré que dans cette voie encore nous avions été depuis longtemps précédés. Et sans remonter à plus de deux siècles il suffit de rappeler que Pierre Dionis « premier chirurgien des feuës mesdames les Dauphines et chirurgien-juré à Paris », recommandait en 1707 dans son « cours d'opérations de chirurgie » démontrées au Jardin Royal ce qu'il appelait la « relaxation du scrotum » consistant « à couper avec des ciseaux ce qu'on juge de superflu à l'organe, de la même façon qu'on coupe un morceau de drap qu'on juge trop long ; ensuite avec l'aiguille enfilée d'un fil ciré, on joindra par la suture du pelletier les deux bords de la peau coupée... »

N'agissent pas autrement que Dionis les chirurgiens de nos jours. Ils ont de plus un appareil instrumental qui gêne la vulgarisation de l'opération. M. Lucas-Championnière et Le Dentu ont voulu se passer des clamps spéciaux recommandés tant par le chirurgien américain que par le chirurgien de la maison municipale de santé et le travail de M. Duma a surtout pour but de faire connaître la technique opératoire employée particulièrement par le premier.

Les précautions aseptiques et antiseptiques étant prises, M. Lucas-Championnière refoule les testicules et les veines dilatées vers les anneaux inguinaux externes pour prendre le scrotum seul entre les mors d'une première pince à ovariotomie dite à pédicule, appliquée en avant et d'une deuxième appliquée en arrière. Les becs de ces pinces sont ainsi face à face. On a soin de prendre le plus de peau que l'on peut et d'en laisser assez près de la verge pour que la cicatrice ne soit pas tiraillée pendant l'érection. On prend aussi la précaution de ne pas trop rapprocher de l'anus l'extrémité postérieure de l'incision, car dans ce cas l'antisepsie de la plaie ne pourrait pas être bien assurée.

Ces précautions prises, avec une aiguille de Reverdin on passe quatre ou cinq fils de crin de Florence à travers le scrotum, à 1 centimètre à peu près des bords de la pince qui regarde les testicules et on attache une pince à forcipressure à chacune des extrémités du fil. Puis, avec un bistouri, on coupe la peau comprise entre les fils et la pince, on lie avec du catgut tous les vaisseaux qui saignent, on lave la plaie avec une petite éponge bien fine dans de l'eau phéniquée et on

noue immédiatement les fils. La plaie est ainsi fermée. On place d'autres fils à travers une nouvelle portion du scrotum voisine de la première, on coupe la peau, on lie les vaisseaux et on noue les fils. On continue de la même façon jusqu'à ce qu'on ait coupé toute la peau qui était à enlever. On place enfin quelques fils superficiels afin de rapprocher les bords de la plaie aux endroits où ils ne l'étaient pas par les premiers fils. On fait généralement 25 à 30 sutures.

Si l'on a coupé assez de peau pour bien maintenir les testicules on n'a pas aux extrémités de l'incision le moindre pli. Reste ensuite à appliquer le pansement que M. Lucas-Championnière emploie pour toutes les plaies opératoires : un morceau de gaze iodoformée, préparée dans le service, quelques sachets contenant la poudre de M. Championnière, un makintosch et une couche épaisse d'ouate de tourbe bien serrée par un double spica avec des bandes de tarlatane.

On n'enlève pas le pansement avant huit jours, à moins qu'il ne soit dérangé par les mouvements du malade. Il ne faut pas trop se hâter de couper les fils à suture, car le crin de Florence est très bien supporté par les tissus et on peut le laisser en place jusqu'à ce que l'union soit parfaite. On enlève seulement les fils qui tiraillent les tissus.

M. Duma rapporte, à la fin de son mémoire, vingt observations d'opérations du varicocèle par la résection du scrotum recueillies dans le service de son maître, M. Lucas-Championnière à l'hôpital Saint-Louis.

Anévrysmes de la main, par M. Salmon. — Th. Paris.

Si l'on n'observe pas à la main d'anévrysmes artério-veineux, si l'anévrysme spontané est assez rare, en revanche l'anévrysme artériel traumatique est assez fréquent. Les instruments piquants, tranchants, contondants peuvent le produire.

Quand l'anévrysme est formé, qu'il soit spontané ou qu'un traumatisme lui ait donné naissance, il se manifeste par un gonflement, d'ordinaire mal circonscrit, siégeant le plus souvent à la paume de la main. Toutefois si c'est l'arcade profonde qui est intéressée, il peut siéger au dos de la main ou plutôt en occuper les deux faces. On le trouve encore à la commissure du pouce, à l'index, au premier espace interosseux. La tumeur a tantôt le volume d'une fève, tantôt celui d'une noisette, d'un noyau d'abricot, d'un marron et parfois d'une pomme. Elle est immobile sur les parties profondes; ce qui explique son adhérence à l'artère. Rénitente, élastique, plus ou moins réductible selon la présence de plus ou moins de caillots, elle est fluctuante quand la poche est remplie de sang liquide.

Tandis que dans les anévrysmes en général il suffit de comprimer l'artère entre la tumeur et le cœur pour faire cesser battements, expansion, souffle, ici, à cause de la circulation collatérale, il faut presque toujours comprimer la radiale et la cubitale.

D'ordinaire l'anévrysme de la main est indolore, il peut cependant, dans certains cas, comprimer quelques filets nerveux occasionnant des engourdissements, des fourmillements.

Si l'anévrysme est spontané on même s'il est dû à une confusion, rien ne permet de le prévoir. Quand il y a plaie de la main avec hémorrhagie ou des chances de le voir produire, il faut dès lors tout faire pour l'éviter. Ceci c'est du traitement préventif et de lui se réclament la compression, les hémostatiques, les réfrigérants, les absorbants. Le traitement curatif comprend la flexion de l'avant-bras sur le bras, la compression de l'humérale, l'uncipressure et l'acupressure, la forcipressure, la ligature des deux bouts dans la plaie et la ligature à distance.

L'auteur rapporte dix-neuf observations d'anévrysmes de la main dont quatre inédites. G. Amat.

BULLETIN

L'histoire des kystes hydatiques s'est enrichie récemment d'un grand nombre d'observations qui ont ajouté de précieux documents à ceux que nous possédions déjà concernant une affection dont la rareté supposée tient peut-être à ce qu'elle est souvent méconnue dans la pratique. Cette constatation s'applique surtout aux hydatides du foie, les plus communes, celles avec lesquelles le clinicien est le plus familiarisé. Dans ces dernières années, on a étudié avec plus de soin leurs divers modes d'évolution, et particulièrement les accidents qui sont le résultat de leur rupture et de l'évacuation de leur contenu dans les organes voisins.

Parmi ces accidents, les plus graves peut-être sont ceux qui surviennent à l'occasion de l'épanchement du liquide hydatique dans la cavité péritonéale. En outre du danger d'inflammation qui en résulte pour la grande séreuse abdominale, et des phénomènes d'intoxication déterminés par cette communication, il y a l'éventualité plus reculée mais non moins redoutable d'une greffe et d'une repullulation ultérieure des hydatides entre les parois de leur habitat d'emprunt.

Toutefois, ce dernier mode d'évolution est plus aléatoire et moins souvent réalisé que les autres. Ce que l'on doit craindre surtout, c'est la réaction inflammatoire du péritoine mis en présence d'un produit pathologique qui agit à la fois par irritation et par infection. M. Debove vient précisément de rapporter à la Société médicale des hôpitaux un fait qui est à la fois un exemple bien net de cette variété d'inflammation péritonéale, et un spécimen des difficultés que le diagnostic peut offrir en pareille circonstance. Les symptômes observés dans ce cas imposaient l'idée de péritonite tuberculeuse, et conséquemment on fut amené à pratiquer la laparotomie, dans un but curatif. L'ouverture de l'abdomen ayant démontré l'intégrité de la séreuse, on dut modifier la première appréciation, d'autant que l'inoculation du liquide ascitique à des cobayes demeura stérile. C'est alors que l'examen microscopique permit de reconnaître l'origine hydatique de l'épanchement intra-abdominal, constatation qui conduisit à l'idée d'un kyste intra-hépatique ouvert spontanément dans le péritoine. Ce fait, pour n'être pas unique en son genre, n'en est pas moins très utile à connaître, parce qu'il accentue encore l'importance de l'étude des kystes hydatiques et qu'il fait ressortir la gravité pronostique inhérente à leur présence au sein des parenchymes et des tissus. M. Debove en a tiré d'autres conclusions qui visent un point de vue spécial, savoir la communication du kyste avec les voies biliaires, et le rôle antiseptique de la bile vis-à-vis du péritoine. Ces remarques ne font que rehausser l'intérêt qui s'attache à son observation, dans laquelle nous voulons retenir surtout la donnée relative aux difficultés du diagnostic durant la première phase des accidents. C'est par là, croyons-nous, qu'elle est véritablement instructive et qu'elle pourra éclairer la connaissance encore si incomplète de la symptomatologie et de la marche des kystes intra-hépatiques.

— Un médecin qui a longtemps exercé en Orient, M. le Dr Zambaco, a entrepris une véritable enquête au sujet de la lèpre dont il a recherché les migrations et les transformations dans les diverses régions européennes. Les faits qu'il a recueilli et les conclusions qu'il en a tiré sont d'une importance considérable, car ils tendent à modifier complètement les idées généralement admises concernant la nature de certaines affections décrites jusqu'à présent comme des types cliniques distincts, même comme de véritables entités morbides. Cette dernière remarque s'applique principalement à la syringomyélie et à la maladie de Morvan, ces deux syndromes isolés tout récemment et dont quelques-uns voudraient faire une seule affection ou plutôt une seule et même dystrophie régie par une lésion spéciale du système nerveux central. L'hypothèse de M. Zambaco, qui rattache les deux formes à la lèpre dont elles ne seraient qu'une manifestation larvée, a été prise en sérieuse considération par d'éminents pathologistes qui n'ont pu méconnaître la valeur des arguments invoqués à l'appui. Déjà cette question est revenue plusieurs fois devant les sociétés savantes et chaque fois elle a eu les honneurs d'une sérieuse discussion. Récemment, elle a fait son apparition devant la Société de dermatologie où M. Zambaco est venu affirmer la nature lépreuse de certaines affections non catatégorisées encore et d'origine obscure, comme la *sclérodermie* généralisée et les différentes espèces de *morphées*. Cette hypothèse un peu osée a trouvé des adhérents qui peut-être y voient l'avantage de la simplification et un moyen de ramener à l'unité nombre de troubles nerveux éparpillés jusqu'à présent dans la pathologie comme autant d'individualités sans lieu commun et sans étiologie précise. Malheureusement, il lui manque un critérium indispensable, savoir la constatation formelle de la présence du bacille de Hansen au niveau des lésions trophiques incriminées. Cette preuve n'a été fournie jusqu'à présent que pour un très petit nombre de faits, mais on ne saurait en généraliser la portée. Il y a là une lacune que l'on peut croire destinée à disparaître un jour avec les progrès de l'observation et avec le perfectionnement de nos connaissances en matière de procédés techniques et de bactériologie. Pour l'instant, la question est simplement posée, mais il est permis de croire qu'elle recevra prochainement une solution affirmative.

P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Contre le choléra.

Esprit de menthe poivrée	} āā 8 grammes.
— de camphre	
— de chloroforme	
Teinture de capsicum	
— de gingembre	
Acide cyanhydrique dilué	
Teinture de digitale	30 —
Esprit de vin rectifié	60 —
Glycérine	90 —
Teinture de cachou	180 —

XX gouttes de cette mixture dans une cuillerée à café d'eau tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que les vomissements et la diarrhée aient cessé.

(WALKER, *Med. Reporter*, vol. V, n° 9.)

Blennorrhagie.

Injections :

Sous-nitrate de bismuth	2 grammes.
Glycérine	8 —
Eau camphrée	30 —

Ou bien :

Alun pulvérisé	} āā 1 gramme.
Sulfate de zinc	
Acide phénique	XV gouttes.
Eau camphrée	250 grammes.

En injecter deux pleines seringues trois fois par jour, après la miction.

(ELISHA CHENERY, *Times and Register*, 16 nov. 1892.)

Conjonctivite chronique.

Chlorhydrate d'ammoniaque	0 gr. 1
Sulfate de zinc	0 gr. 25
Eau distillée	40 gr.

Mêler et ajouter :

Camphre	0 gr. 08

Dissout dans :

Esprit de vin	4 gr.
Crocus	0 gr. 02

Instillations par gouttes.

(FUCHS, *Med. and Surg. Reporter*, 5 nov. 1892.)

Mixture contre les vomissements.

Menthol	2 grammes.
Alcool	15 —
Sirop	120 —

Prendre une cuillerée à café par heure.

(*Times and Register*, 29 oct. 1892.)

NOTES ET INFORMATIONS

Académie de médecine. — La séance publique annuelle de l'Académie de médecine a eu lieu mardi dernier 13 courant, sous la présidence de M. le professeur Regnault. La salle était comble et un grand nombre d'auditeurs se tenaient debout, faute de place, dans les couloirs et dans la bibliothèque. Ils n'ont pas manqué d'accueillir avec satisfaction la nouvelle que l'Académie serait enfin, prochainement installée, d'une manière plus convenable et en rapport avec les services qu'elle est appelée à rendre chaque jour.

Le rapport de M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, sur les concours de l'année 1892, toujours difficile à rédiger et à prononcer puisqu'il doit être lu devant un auditoire dont les dames composent une partie importante, est une page spirituelle que l'auteur a su écrire avec un tact remarqué et dont il a été récompensé par une juste approbation, notre sympathique confrère a été souvent applaudi.

Le savant et actif secrétaire perpétuel, M. Bergeron, a prononcé l'éloge de Michel Lévy. Cet éloge, d'une forme littéraire excellente, très complet et bien étudié, a obtenu de l'auditoire un succès réel, manifesté par de fréquents et unanimes applaudissements. Michel Lévy est une des grandes figures de la médecine militaire et nous ne saurions oublier qu'il a été l'un des premiers et des plus laborieux collaborateurs de la *Gazette médicale*. Nous donnerons dans notre prochain numéro, quelques extraits de cet éloquent discours.

Les lauréats proclamés dans cette séance solennelle sont :

PRIX DE 1892.

Prix de l'Académie : 1000 fr. (Annuel). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés*. Aucun mémoire sur ce sujet n'étant parvenu à l'Académie, la même question est remise au concours pour l'année 1895.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs. (Annuel.) — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 400 francs à M. le Dr COURMONT, de Paris ; 2° 200 fr. à M. le Dr MARCEL BAUDOUIN, de Paris ; 3° 200 fr. à M. le Dr ED. ARNOULD, de Paris.

Trois mentions honorables sont, en outre, accordées à MM. les Drs ARTHAUD et BUTTE, de Paris ; M. J. BERNHARD, pharmacien de 1re classe, à Paris ; M. le Dr CATHELINEAU, de Paris.

Prix Amussat : 1000 fr. (Bisannuel.) — L'Académie accorde à titre d'encouragement : 1° 500 fr. à M. le Dr ÉMILE BERGER, de Paris ; 2° 500 fr. à M. le Dr A. BROCA, de Paris.

Prix Barbier : 2500 fr. (Annuel.) — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° Une mention honorable avec une somme de 1000 fr. à M. le Dr CALMETTE, médecin de 1re classe du corps de santé des colonies, à Saïgon ; 2° Une mention honorable avec une somme de 1000 fr. à MM. G. CADÉAC et A. MEUNIER, de Lyon ; 3° Une mention honorable avec une somme de 500 fr., à M. AD. LUCET, médecin vétérinaire à Courtenay (Loiret).

Prix Henri Buignet : 1500 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne le prix à MM. DEBIERRE et DOUMER, de Lille, auteurs du travail inscrit sous le n° 4.

Prix Adrien Buisson : 10.500 fr. (Triennal.) — Le prix est partagé comme il suit : 1° 6.000 fr. à M. le prof. LELOIR, de Lille ; 2° 4.500 fr. à MM. les Drs PAUL BLOCQ et ALBERT LONDE.

Prix Capuron : 1.200 fr. (Annuel.) — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 400 fr. à M. le Dr LÉON BEC, d'Avignon.

Prix Civrieux : 900 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr CHARLES VALLON, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine) ; une mention honorable est en outre accordée à M. le Dr A. PARIS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville.

Prix Dandet : 1.000 fr. (Annuel.) — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 600 fr. à M. le Dr PAUL DE MOLÈNES, de Paris ; 2° 400 fr. à M. le Dr CLÉMENCEAU DE LA LOQUERIE, de Fontenay-le-Comte.

Prix Desportes : 1.300 fr. (Annuel.) — L'Académie partage le prix comme il suit : 1° 1.000 fr. à M. le Dr SOULIER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon ; 2° 300 fr. à M. le Dr BURLUREAUX, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 3° Des mentions honorables sont en outre accordées à M. MANQUAT, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon ; M. PEYROU, de Paris.

Prix Falret : 1.000 fr. (Bisannuel.) — Le prix est décerné à M. le Dr BERNARD, de Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine) ; une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr A. COURTADE, de Thiers (Puy-de-Dôme).

Concours Vulfranc Gerdy : L'Académie a versé, en 1892, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1.000 fr. à M. CATHELINEAU, pour ses rapports sur Barèges et Salies-de-Béarn. L'Académie lui a, en outre, décerné le titre de lauréat, *Prix d'hydrologie* : 2° 2.500 fr. à M. MATTON, pour sa mission à Uriage, en 1892, et ses rapports sur Saint-Nectaire et Maizières ; 3° 1.500 fr. à M. BERNARD, pour sa mission à la Bourboule, en 1892 ; 4° 1.500 fr. à M. ARTHUS, pour sa mission à Vichy, en 1892.

Prix Ernest Godard : 1.000 fr. (Annuel.) — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 600 fr. à M. le Dr JULES THIROLOIX, de Paris ; 2° 400 fr. à M. le Dr EDOUARD ENRIQUEZ, de Paris ; 3° une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr POULAILLON, de Paris.

Prix Huguier : 3.000 fr. (Triennal). — Le prix est décerné à M. le Dr POZZI de Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance : 1.000 fr. — Le prix est décerné à M. le Dr PAUL RAYMOND, de Paris ; une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr JULES BAUZON, de Châlon-sur-Saône.

Prix Laborie : 5 000 fr. (Annuel). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 4.000 fr. à M. le Dr CRIPAULT, de Paris ; 2° Un encouragement de 500 fr. à M. le Dr A. BROCA, chirurgien des hôpitaux de Paris ; 3° Un encouragement de 500 fr. à M. le Dr LEMIÈRE, chef du laboratoire des cliniques de la Faculté libre de Lille ; 4° Une mention honorable à M. le Dr LOUIS GÉRAUD, médecin-major à l'école de cavalerie de Saumur ; 5° une mention honorable à M. le Dr GUINARD, de Paris.

Prix Laval : 1.000 fr. (Annuel). — L'Académie décerne le prix à M. NOEL, interne en médecine à la maison de Nanterre.

Prix Louis : 5.000 fr. (Triennal). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 3.500 fr. à M. le Dr SACRESTE, médecin en chef de l'hôpital militaire de Milianah (Algérie) ; 2° Une mention honorable avec une somme de 1.000 fr. à M. le Dr JACQUEMART, de Paris ; 3° Une mention honorable avec une somme de 500 fr. à M. le Lr POUCHET, médecin-major de 1re classe au 9e régiment d'infanterie ; 4° une mention honorable à M. le Dr HECTOR MAILLARD, médecin assistant à la clinique médicale de l'Université de Genève.

Prix Mège : 900 fr. (Triennal.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr GUICHAMANS, d'Arzacq (Basses-Pyrénées), auteur du mémoire portant le n° 2.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2.600 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr MARTHA, de Paris.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 fr. — Le prix est décerné à M. MOULÉ médecin-vétérinaire à Paris.

Des mentions honorables sont, en outre accordées à M. le Dr ALBERT PALMBERG, de Paris ; M. le Dr DELVAILLE, de Bayonne ; M. le Dr CASTEX, de Paris ; M. le Dr G. LOREY, de Paris ; M. le Dr FÉLIX REGNAULT, de Paris.

Prix Nativelle : 300 fr. (Annuel.) — Il n'y a pas eu de candidat.

Prix Orfila : 4.000 fr. (Bisannuel.) — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Oulmont : 1.000 fr. (Annuel.) — M. MAUCLAIRE, interne des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal : 600 fr. (Annuel.) — Une récompense de 500 fr. est accordée au mémoire unique adressé à l'Académie ; les auteurs ce travail sont M. le Dr HECTOR CRISTIANI, privat-docent à l'Université de Genève, et Mme ANNA KLASSON, docteur en médecine à Kiew (Russie).

Prix Pourat : 1.200 fr. (Annuel.) — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce prix.

Prix Saint-Lager : 1.500 fr. — Pas de candidat.

Prix Saint-Paul : 2.500 fr. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 500 fr. à M. BARBIER, de Paris ; 2° 500 fr. à MM. BERLIOZ et RUAULT, de Paris ; 3° 500 fr. à M. le Dr ABEL GOUMY, médecin-major au 9e cuirassiers, à Senlis ; 4° Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr HENRI BOURGES, de Paris.

Prix Stanski : 1.800 fr. (Bisannuel.) — L'Académie décerne : 1° un prix de 1.200 fr. à M. GALTIER, professeur à l'école de médecine vétérinaire de Lyon ; 2° un prix de 500 fr. à M. le Dr THOINOT, de Paris ; une mention très honorable à M. le Dr MOSNY, de Paris ; une mention très honorable à M. le Dr SCHOULL, de Troyes ; 5° Une mention très honorable à M. CHÉNIER, vétérinaire au 6e cuirassiers ; 6° une mention honorable à M. le Dr LEMOINE, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon ; une mention honorable à M. le Dr LARCHER, de Paris.

Prix Vernois : 700 fr. (Annuel.) — L'Académie décerne : 1° Un prix de 300 fr. à M. BURCKER, pharmacien principal de l'armée, professeur de chimie au Val-de-Grâce ; 2° Un prix de 200 fr. à

M. GUSTAVE JOURDAN, chef de bureau à la préfecture de la Seine; 3° Un prix de 200 fr. à M. le Dr DARDIGNAC, médecin-major, de 1re classe; 4° 4 mentions honorables à : M. le Dr JEANNEL, de Villefranche-sur-Mer; M. le Dr REGNAULT, de Paris; M. le Dr ROUSSELET, de Paris; M. le Dr VILLARD, médecin à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES.

Service des eaux minérales. 1° *Médailles d'or.* — M le Dr DANJOY, médecin à la Bourboule (Puy-de-Dôme), pour son ouvrage intitulé : *La Cure du diabète à la Bourboule*; M. le Dr Paul ROGET, de Vittel, pour son travail : *La bactériologie des eaux de table et eaux minérales.*

2° *Rappels de médailles d'or* : M. le Dr CAULET, de Saint-Sauveur : *Nouvelle Contribution à l'étude du traitement thermal pendant la grossesse*: M. le Dr GRIMAUD, de Barèges: *Mémoire sur les eaux de Barèges dans les affections du système nerveux.*

3° *Médailles d'argent* : M. le Dr de BOSIA, pour son ouvrage sur : *l'Arthritisme aux eaux thermales de Bourbon Lancy*; M. le Dr FERRAS, pour ses 5 mémoires : *Exposé des ressources thérapeutiques des thermes de Luchon, etc., etc*; M. le Dr LAUSSEDAT, pour ses remarques sur *l'Action des bains de Royat dans quelques troubles ou affections cardiaques.*

4° *Rappels de médailles d'argent* : M. le Dr CELAÏS : *Traitement de la goutte par les eaux d'Evian*; M. le Dr FRÉMONT : *Dyspepsie, ses modifications par la cure de Vichy*; M. le Dr LAVIELLE : *Les stations de boues minérales d'Europe*; M. le Dr PLANCHE : Mémoire sur les *Eaux minérales de Balaruc.*

5° *Médailles de bronze* : M. le Dr BERTIN : *Rapport sur la question des eaux de la ville de Nantes*; M. MARTEL, avocat à Paris : *Note sur une contamination toute péciale des sources dans les terrains calcaires*; M. MOISSONNIER, pharmacien-major de 1re classe : *Les eaux potables consommées par les garnisons des places fortes et forts de la trouée de Belfort*; M. F. PARMENTIER : *Contribution à l'étude des eaux minérales, conservation de ces eaux*; M. ROMAN, pharmacien-major de 1re classe, et M. COLIN, pharmacien-major de 2e classe : *Bactériologie des eaux minérales de Vichy.*

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

Médailles d'or : M. le Dr CARLIER, médecin-major de 1re classe au 74e de ligne; M. le Dr LE ROY DES BARRES, de Saint-Denis; M. le Dr SICARD, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

Rappels de médailles d'or : M. le Dr ALISON, de Baccarat; M. le Dr AUBERT, médecin-major de 1re classe au 23e de ligne; M. le Dr CHABENAT, de la Châtre. M. le Dr FIESSINGER, d'Oyonnax (Ain); M. le Dr JABLONSKI, de Poitiers; M. le Dr LARDIER, de Rambervilliers (Vosges), M. le Dr MARVAUD, médecin-principal de 1re classe à Lyon.

Médailles d'argent. — M. le Dr CAMUS, médecin-major de 1re classe au 41e de ligne à Briançon; M. le Dr CAVAILLON, de Carpentras; M. le Dr FOUQUET, de Vannes; M. le Dr JAUBERT, médecin-major de 2e classe au 103e de ligne à Mamers; M. le Dr SEGOUR, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne à Carcassonne; M. le Dr TUEFFERD, de Montbéliard.

Rappels de médailles d'argent. — M. le Dr ANDRÉ, de Toulouse; M. le Dr BLANQUINQUE, de Laon; M. le Dr BOMPAIRE, de Millau; M. le Dr COURRENT, de Tuchan (Aude); M. le Dr DUVERNET, de Paris; M. le Dr FLEURY, de Saint-Etienne; M. le Dr KELSCH, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce; M. le Dr PAUTHIER, de Senlis; M. le Dr SCHMIT, médecin-major de 1re classe.

Médailles de bronze. — M. le Dr ACHINTRE, médecin-major au 11e régiment de cuirassiers; M. le Dr ANTONY, médecin-major, agrégé au Val-de-Grâce; MM. les Drs BAUZON et BERTRAND de Chalon-sur-Saône; M. le Dr CALMETTE, médecin-major de 1re classe au 118e de ligne, à Quimper; M. le Dr CLAVELIN, médecin-major de 2e classe au 60e de ligne à Besançon; M. EDGARD COMBES, sous-préfet de Castelnaudary (Aude); M. le Dr DAVID, pharmacien-major de 1re classe; M. le Dr DELMAS, médecin principal de 2e classe; M. le Dr DEMMLER, médecin-principal de 2e classe; M. le Dr DETTORI, de Vezzan, (Corse); M. le Dr FAMECHON, médecin-major de 2e classe; M. le Dr FOURNIÉ, médecin-major de 1re classe; M. le Dr GAUDEFFROY, de Vatan (Indre); M. le Dr GÉRAUD, médecin-major de 1re classe; M. le Dr GORICZ, de Lille; M. JENOT, médecin à Dercy (Aisne); M. LACOUR-EYMARD, pharmacien-major de 1re classe; M. le Dr LEGRAIN, de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise); M. le Dr LOISON, médecin-major de 2e classe, et M. le Dr SIMONIN, médecin aide-major de 1re classe; M. LOP, interne à l'hôpital Rotschild, à Paris; M. le Dr MALINGRE, de Chaumont (Haute-Marne); M. le Dr MALICHECQ, de Mont-de-Marsan; M. le Dr MATHIEU, de Vassy (Haute-Marne); M. le Dr OLLIVIER, de Reims (Marne); M. le Dr PERNET, de Rambervillers (Vosges); M. le Dr PEYRET, médecin-major de 2e classe; M. le Dr PIEOPREMIER, médecinaide-major de 1re classe; M. le Dr SANTI, médecin-major de 2e classe; M. le Dr TOUYON, de Pont-Audemer (Eure).

Rappels de médailles de bronze. — M. le Dr CHONNAUX-DUBISSON, de Villers-Bocage (Calvados); M. le Dr GOIBERT, de Saint-Brieuc; M. le Dr LARUE, médecin-major de 2e classe au 106e de ligne; M. le Dr RAYER, des Andelys (Eure).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Rappel de médaille d'or. — M. le Dr LEDÉ, de Paris, secrétaire-rédacteur du Comité supérieur de la protection de l'enfance.

Médailles de vermeil. — M. GAUTRELET, pharmacien de 1re classe; M. LELIMOUZIN, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure; M. le Dr MAURICE SPRINGER, de Paris; M. THIÉBAUT, inspecteur départemental de la Meuse.

Rappels de médailles de vermeil. — M. JENOT, médecin à Dercy (Aisne); M. le Dr PICARD, de Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher).

Médailles d'argent. — M. AUDOIN, inspecteur départemental de la Dordogne; M. le Dr BARTHÈS, de Caen; M. BURLET, inspecteur du service des enfants assistés de la Drôme; M. CARLIER, inspecteur départemental du Pas-de-Calais; M. le Dr COURRENT, inspecteur et médecin cantonal de la circonscription de Tuchan (Aude); M. le Dr H. DROUET, de Paris; M. le Dr DURAND, de Saint-Martin (Cher); M. le Dr GAUDEFROY, de Vatan (Indre); M. le Dr GOLAY, de Genève; M. le Dr NAPIAS, de Paris; M. PARISOT, inspecteur départemental du Doubs; M. SERRÈS, inspecteur départemental du Rhône; M. le Dr SURBLED, de Corbeil.

Rappels de médailles d'argent. — M. Dr DELOBEL, de Noyon (Oise); M. le Dr DENIZET, de Château-Landon (Seine-et-Marne); M. le Dr DELARD, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne); M. le Dr CARASSUS, de Milly (Seine-et-Oise); M. le Dr COFFIGNON, de Marle (Aisne); M. FORNÉ, inspecteur départemental de la Corrèze; M. le Dr GIERSZYNSKI, d'Ouarville (Eure-et-Loir); M. le Dr GROSJEAN, de Montmirail (Marne); M. le Dr PICARD, de Lagny (Seine-et-Marne); M. ROLLET, inspecteur départemental de l'Ain; M. SAVOURÉ-BONVILLE, inspecteur départemental de l'Eure; M. SOURO, inspecteur départemental de la Nièvre.

Médaille de bronze. — M. le Dr ESPAGNE, de Montpellier. M. le Dr FOUCAULT, de Fontainebleau; M. le Dr GUYOT, de Calais; M. MARTIN-DUPONT, inspecteur départemental de l'Isère; M. le Dr PROMPT, de Bourg-d'Oisans (Isère); M. ROME, sous-inspecteur départemental du Loiret; M. le Dr SIMONNEAUX, de Montfort (Ille-et-Vilaine); M. le Dr SPIRIDION ZAVITZIANO, de Constantinople; M. le Dr TROTIGNON, à Issoudun.

SERVICE DE LA VACCINE.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1891 : 1° *Un prix de 1,500 francs* à partager également entre :

M. le Dr CHOUX, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes (Seine); M. le Dr LIRON, médecin-major de 2e classe

à l'hôpital militaire de Fort-National (Algérie); M. le Dr STROEBEL, médecin-major de 2e classe au 137e régiment d'infanterie, à Fontenay-le-Comte (Vendée);

2° *Rappel du prix de* 500 *francs à* M. le Dr ANTONY, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires;

3° *Quatre médaille d'or* à M. le Dr BERTHOUD (A.), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Dey, à Alger; M. le Dr DESCOSSE (Paul), médecin-major de 2e classe; M. le Dr EBSTEIN (F.), médecin-major de 1re classe au 67e régiment d'infanterie, à Soissons (Aisne); M. le Dr HUGUENARD, médecin-major de 1re classe au 161e régiment d'infanterie, au camp de Châlons (Marne);

4° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le plus grand nombre de leurs vaccinations.

Hygiène publique. — Dans la séance du 2 décembre, le Conseil municipal a émis le vœu que les établissements de l'Assistance publique et les établissements privés faisant la désinfection des objets contaminés, soient classés.

Service de secours à l'Hôtel-de-Ville. — Le Conseil municipal a décidé dans la même séance que des postes de secours seraient établis à l'Hôtel-de-Ville, avec boîtes de secours, brancards, etc., le service médical étant assuré à l'aide du médecin en chef de la préfecture et des internes de l'Hôtel-Dieu. Une indemnité, dite de permanence de 200 fr. par mois, serait allouée pour le service des internes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 31 octobre 1892, M. Tillaux, professeur de médecine opératoire, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Par décret de même date, M. Arnozan (Charles-Louis-Xavier), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique; M. Ferré (Jean-Hippolyte-Gabriel-Paul), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de médecine expérimentale.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret de même date, M. Ville (Jules-Joseph-Mathien), agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 28 octobre 1892, ont été promus dans le corps de santé de la marine, au grade de directeur du service de santé: M. Auffret (Charles-Jacques-Emile), médecin en chef; les médecins principaux: MM. Bertrand (Edmond-Isidore-Louis), Manson (Louis-François-Zéphirin); au grade de médecin principal, les médecins de 1re classe: MM. Vantalon (Jean), Ortal (Pierre-Louis-Albert), Riche (Auguste-Charles-Fernand); au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe: L'Honen (Louis-Marie), Suard (Marie-Eugène-Paul), Grognier (Jean-Joseph-Baptiste-Lazare), Barbolain (Jean-Baptiste).

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 8 décembre, ont été nommés au grade de médecin de 2e classe, MM. Nogué (Jean-François-Marie) et Burdin (Lucien) médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

Cours de séméiologie chirurgicale. — M. le Dr Thiéry commencera un cours de séméiologie clinique le lundi 19 décembre à 4 heures, à l'hôpital de la Pitié.

Le nombre des élèves sera limité et chacun d'eux sera exercé individuellement à l'examen des malades.

Se faire inscrire par M. le Dr A. Thiéry, chef de clinique chirurgicale à la Pitié, le matin, de 9 à 11 heures.

Chemin de fer d'Orléans. — **Hiver 1892-1893.** — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn,* tarif spécial G. V. n° 106 (Orléans). — Des billets d'aller et retour de famille, de 1re et de 2e classe, sont délivrés toute l'année à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour:

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité: 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Traité des maladies urinaires de l'homme et de la femme. Hygiène et traitement pratique des maladies de l'urèthre, de la vessie, des reins, calculs. spermatorrhée, diabète, etc., par le Dr HENRI PICARD. Paris, 1892, 1 volume in-18 jésus de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix: 5 fr.

Vve Babé et Cie, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 23. Aux bureaux du Progrès Médical, 14, rue des Carmes, Paris.

Isolement et antisepsie médicale à l'hôpital de Saint-Denis (fonctionnement du service des maladies infectieuses de 1882 à 1890, par M. le Dr L.-E. DUPUY, médecin de l'hôpital de Saint-Denis. — Une brochure de 29 pages, avec 3 figures dans le texte.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 4 AU 10 DÉCEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 2. — Rougeole, 6. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 35. — Affections cholériformes, 4. — Phtisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et antres, 39. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43 — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 69. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 67. — Gastro-entérite des enfants: Sein, biberon et autres, 60. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale et vices de conformation, 37. — Sénilité, 44. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Antres causes de mort, 173. — Causes inconnues, 5. — Total: 953.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

REVUE GENERALE

LE SECRET MÉDICAL,

Par le Dr Ch. Amat, médecin-major de 2e classe.

« Le secret médical, dit Tourdes, dans son article du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, est un de ces devoirs qui tiennent à l'essence même de la profession ; l'opinion générale se prononce à cet égard comme la conscience du médecin. L'intérêt public, la sécurité des malades commandent le secret aussi bien que l'intérêt de l'art et de l'honneur du médecin. L'accord sur le principe est unanime et cependant cette question a soulevé bien des difficultés et des controverses qui ne sont pas épuisées ; elle a été lente à s'éclairer devant les tribunaux. A côté de la règle inflexible du devoir immuable se placent les exceptions possibles, les restrictions légales, une casuistique parfois embarrassante par le conflit de devoirs également certains. » Après avoir été examinée par les médecins, cette question méritait d'être élucidée à nouveau par les juristes, aussi doit-on savoir gré à M. Paul Verwaest (Le secret professionnel médical, par Paul Verwaest, docteur en droit, Giard et Brière éditeurs, Paris, 1892), de n'avoir pas hésité à reprendre le sujet si magistralement traité par M. Brouardel pour nous dire ce qu'on en pense au Palais.

I

Insister sur l'obligation du secret médical, sur les motifs qui le commandent c'est un lieu commun, c'est l'expression d'une vérité universellement admise. Il y a de ces devoirs qui sont comme une des conditions essentielles du bien que le médecin est appelé à faire et le secret est en première ligne parmi les devoirs de ce genre. On dit tout au médecin, il doit tout savoir, il peut tout deviner de ce qui concerne son malade, la condition du secret en résulte.

Son indiscrétion ne saurait avoir d'excuse : l'ingratitude, les mauvais procédés par lesquels on répond parfois à la générosité de son dévouement ne justifient pas une infraction à ce devoir. Max Simon cite à ce propos ces paroles de Cicéron : *Medici qui thalamos et tecta aliena subeunt multa tegere debent etiam læsi, quamvis sit difficile tacere cum doleas.* Rien ne justifierait une infraction à ce devoir du médecin.

Ce devoir est inscrit dans le document célèbre attribué à Hippocrate montrant le niveau moral de la profession. *Quæ etiam inter curandum, aut quoque medicinam minime faciens, in communi eorum (ægrorum) vita vel videro vel audiero, quæ in vulgus efferi non decet, ea arcana esse ratus, silebo.* Ce serment était autrefois fait dans les écoles, inscrit dans les thèses de doctorat, c'était un des titres d'honneur de la profession ; l'obligation morale uni-

FEUILLETON

Éloge de M. Michel Lévy,

Par M. J. Bergeron (1).

Messieurs,

Il n'est pas, suivant moi, d'étude biographique plus attachante que celle qui a pour objet un homme né parmi les humbles, parvenu par un énergique et persévérant effort de sa volonté et de son intelligence à l'un des rangs les plus élevés de la hiérarchie sociale et qui, en outre, laisse dans la science une trace assez lumineuse pour que son nom en reçoive un éclat durable.

C'est à ces titres que la vie de M. Michel Lévy m'a paru mériter d'être retracée devant vous, avec cet attrait particulier pour moi, que son étude devait m'initier d'une manière plus intime à la vie de nos confrères de l'armée dont le savoir, le dévouement et le désintéressement m'ont toujours inspiré la plus profonde estime et la plus cordiale sympathie ; ai-je besoin d'ajouter que je confonds dans les mêmes sentiments le corps de santé de l'armée de terre et celui de la flotte dont nous comptons, parmi nous, de si éminents représentants.

M. Michel Lévy est né à Strabourg, le 28 septembre 1809 ; il était le cadet de 6 frères ou sœurs et devait être l'aîné de 4 autres enfants. Une modeste maison de commerce de draperie, dont les affaires n'étaient rien moins que brillantes, constituait tout l'avoir de ses parents, qui, à force d'ordre et d'économie, parvenaient cependant à subvenir aux frais de l'instruction de leur nombreuse progéniture. A partir de sa 15e année, le jeune Michel put alléger les lourdes charges de sa famille en payant les frais de ses propres études, à l'aide des ressources, bien restreintes d'ailleurs, que lui procuraient

(1) Lu dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine du 21 décembre.

versellement reconnue avait précédé les prescriptions formelles de la loi.

Si le secret médical ne date que de 1810 en tant qu'obligation légale on peut voir qne comme obligation professionnelle il remonte à des temps beaucoup plus reculés. Sans rappeler qu'à Montpellier, tout jeune docteur, la main étendue sur le livre d'Hippocrate jurait « qu'admis dans l'intérieur des maisons ses yeux ne verront pas ce qui s'y passe, que sa langue taira les secrets qui lui seront confiés et que son état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes », l'article 118 du règlement élaboré en 1699 par la compagnie des chirurgiens de Paris consacre la même règle; on voit les compagnons chirurgiens de Bordeaux prendre à leur tour par serment devant l'abbé de leur communauté un engagement pareil.

On pourra se faire une idée d'ensemble sur la question du secret médical avant l'apparition du code en consultant Zacchias proto-médecin des Etat-Pontificaux. *Loquacitus* dit-il, *porro in medico maxime rationali reprehensibilis est et circulatoribus aliisque hujus farinæ hominibus digna, iisque relinquenda: tunc autem justis pœnis mulctanda cum secreta sibi commissa, quæ detecta in damnum aut ignominiam alicujus personae emanare possunt, detegit medicus.*

« Tous ces documents du passé, dit M. Verwaest, nous apprennent sans aucun doute que la discrétion a été de tout temps considérée comme un des devoirs impérieux de la profession médicale; mais il serait téméraire de conclure que ce devoir avait autrefois toute l'étendue qu'on s'efforce de lui donner aujourd'hui. D'ailleurs, il cst certain que dans une de ses applications les plus importantes, le témoignage en justice, cette règle avait donné lieu à des opinions divergentes. ».

Lorsqu'il parle du secret médical Zacchias s'exprime ainsi: « *Loquor extra judicium, nam in judicio tenetur omnino veritatem detegere juramento enim ad hoc obstringitur.* » C'était aussi l'avis de Codronchius et de Sylvaticus.

Du côté des canonistes, les uns se rangeaient à l'opinion de Zacchias; les autres en plus grand nombre enseignaient avec saint Thomas d'Aquin que la conservation de la foi et du secret étant de droit naturel, personne ne pouvait en être délié même par le commandement d'un supérieur.

En posant comme règle légale ce qui n'était jusque-là qu'un devoir professionnel sanctionné à l'occasion par la jurisprudence des parlements, le code pénal n'a pas déterminé d'une façon assez explicite, les hypothèses qu'il avait en vue pour dissiper toutes les incertitudes, à peine a-t-il pu indiquer en bloc, les professions qui peuvent être mises en cause par l'article 378 du code pénal où il est dit: « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens et sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent à cinq cents francs. »

La loi, on vient de le voir, impose le secret professionnel à l'ensemble du corps médical, mais la même obligation incombe-t-elle aux auxiliaires du médecin? Bien que dans un arrêt du 8 décembre 1864, la cour de cassation l'ait résolu par la négative, M. Verwaest reprenant la thèse déjà défendue par Muteau dans son traité du secret professionnel, croit plus logique d'admettre que les aides des médecins, quand ces aides sont surtout des élèves destinés à devenir plus tard médecins eux-mêmes, doivent être assujettis à un semblable devoir. Cette solution ne parait pas d'ailleurs aller au-delà des termes de la loi, c'est au reste celle qu'a admise le code pénal allemand dont l'article 300 est ainsi conçu: « Seront punis d'une amende jusqu'à... les avoués, avocats, notaires, défenseurs en matière pénale, médecins, pharmaciens, chirurgiens, sages-femmes, ainsi que les aides de ces personnes. »

Les pharmaciens sont assujettis comme les médecins à l'observation du secret. S'ils doivent s'abstenir de tout acte, de toute parole pouvant révéler les secrets dont ils sont les dépositaires en qualité d'auxiliaires du médecin, doivent-ils ne jamais se dessaisir des ordonnances comme d'aucuns l'ont prétendu? La restitution de l'ordonnance au client, peut être sans doute cause d'abus; un individu à qui sa prescription est rendue, pourra, grâce à elle, et en la faisant exécuter successivement dans plusieurs officines, se

---

des répétitions données à des camarades plus fortunés que lui.

Dès le début de ses études, sa vive intelligence et ses succès constants avaient éveillé l'attention et excité l'intérêt de ses professeurs qui s'étaient empressés de lui procurer ces répétitions.

En dépit de ces courageux efforts, c'était encore la gêne dans la maison, mais la gêne supportée sans tristesse et oubliée souvent dans des réunions qu'animaient l'esprit et l'entrain du jeune répétiteur; on y lisait des vers; parfois même on jouait sur les planches du grenier des pièces dues à l'imagination, à la plume alerte et facile de M. Michel Lévy; aucun de ces essais dramatiques n'a été conservé, mais peut-être trouverait-on encore, dans les cartons du Ministère de l'instruction publique, une composition française de philosophie, jugée si remarquable que le recteur l'avait envoyée au Ministre en appelant son attention sur les aptitudes exceptionnelles de l'auteur et en le signalant comme un candidat tout désigné pour l'École normale. Mais la lettre du recteur resta, paraît-il, sans réponse et on crut alors ne pouvoir attribuer le silence du ministre qu'à son peu de tendance, ou peut-être ses scrupules à admettre dans l'Université un enfant d'Israël.

Autres temps, autres préventions et autres injustices; qui ne sait, en effet, qu'à l'intolérance de 1825, en ont succédé d'autres depuis, d'un caractère tout différent et aussi variables dans leurs exclusions, que l'opinion publique dans ses préventions. Mais, en ce qui concerne notre temps, j'ai peine à croire, quoi qu'en disent les sceptiques, que dans une démocratie dont l'égalité et la liberté sont l'essence même, tous les citoyens, fonctionnaires ou non, bouddhistes, chrétiens, israélites ou libres penseurs, ne soient pas égaux devant les pouvoirs publics et libres, les uns de rester fidèles à leur foi, les autres de ne croire qu'au néant de la tombe.

L'aïeul maternel de M. Lévy était docteur de la loi, c'est-à-dire rabbin, et aurait désiré le faire entrer dans la prêtrise; aussi lui avait-il appris l'hébreu et fait traduire la Bible d'un

procurer en grande quantité un médicament dont il en devait faire usage qu'à petite dose. Mais enfin pourquoi le pharmacien conserverait-il une ordonnance qui appartient en propre au malade? Pourquoi les règlements de police obligeraient-ils les pharmaciens tenant officine à transcrire sur un registre spécial la copie des prescriptions médicales qu'ils exécutent s'ils devaient en conserver l'original?

Les dispositions de l'article 378 ne sont pas seulement applicables à ceux qui sont dépositaires par état ou par profession des secrets d'autrui, elles le sont encore en vertu de l'article 59 du code pénal à tous ceux qui se sont faits les complices du révélateur, soit en provoquant celui-ci à la révélation, soit en lui prêtant leur concours dans les faits qui ont consommé le délit, pourvu d'ailleurs que cette provocation et ce concours rentrent dans l'un des modes énumérés dans l'article 60. C'est ainsi que la cour de cassation a jugé que les promesses ou dons qui ont déterminé une personne astreinte au secret professionnel à commettre des indiscrétions intéressées justifient suffisamment la condamnation de l'auteur de ces promesses et dons comme complices du délit prévu par l'article 378. De même le tribunal correctionnel de la Seine, par jugement du 11 mars 1885 (affaire Watelet-Bastien Lepage) a décidé qu'il y avait complicité selon les termes de l'article 60 du code pénal dans le fait, par un journal, d'ouvrir ses colonnes à la lettre d'un médecin révélant un certain nombre de faits confidentiels qui intéressaient l'un de ses clients.

« Quand en effet on examine de près l'espèce particulière que nous étudions, dit M. Verwaest, on s'aperçoit aisément que le D[r] Watelet s'était rendu coupable d'un double délit. La lettre écrite au journal constituait une première violation de l'article 378 par ce seul fait qu'elle mettait un tiers au courant de confidences destinées à rester secrètes; la publication de cette lettre par le journal destinataire, conformément aux intentions de son auteur, était à son tour une nouvelle infraction à la loi pénale succédant à la première et tombant comme elle sous le coup de l'article précité. Le D[r] Watelet avait à répondre devant la justice de ce double délit; quant au journal il s'était fait volontairement complice du second dans le sens que le code donne à ce mot, puisque ce dernier délit n'aurait pu se commettre s'il ne s'était pas fait l'auxiliaire de l'auteur principal de son exécution. »

Il paraît qu'il en aurait été autrement et que la peine de complicité n'eût pas été applicable au tiers révélateur si celui-ci s'était fait le simple écho vis-à-vis du public des indiscrétions commises devant lui par un médecin au cours d'une conversation.

L'article 378 comporte deux explications diverses suivant qu'on le considère comme une institution d'ordre public qu'aucune disposition légale ne peut faire fléchir, ou qu'on n'y veut voir que la sanction d'une convention librement intervenue entre le médecin et son client, convention donnant à ce dernier le droit d'exiger le silence du praticien auquel il s'est librement confié.

L'utilité sociale étant mise au dernier plan, le secret médical apparaît comme une règle impérative et absolue dont l'homme de l'art n'a jamais le droit de se départir. Elle s'impose à lui, elle s'impose même au malade en ce sens qu'il n'a pas le pouvoir de relever son médecin du silence. Même s'il parle après y avoir été autorisé le médecin n'encourra pas moins toutes les rigueurs de la loi. Si enfin un conflit s'élève entre l'article 378 du code pénal et d'autres textes non moins impératifs, et s'il résulte de là deux obligations contradictoires, le médecin devra remplir les devoirs que la loi lui impose comme à tout citoyen, seulement dans la mesure où ces devoirs lui paraissent compatibles avec le secret auquel il est astreint. « En résumé, dit M. Verwaest *le silence quand même et toujours*, telle est la conclusion logique de l'opinion dominante et nous devons constater que le corps médical accorde ses préférences à ce système. Il semblerait qu'il existe, de la part des médecins en général, une tendance marquée à s'exagérer les devoirs et les obligations qu'engendrent l'art. 378 et ceux-là sont rares qui ont à répondre devant les tribunaux d'une indiscrétion commise. »

« Il est peut-être téméraire, continue M. Verwaest, de s'attaquer à une opinion qui compte pour la défendre des autorités considérables. A notre avis cependant tout en reconnaissant l'intérêt social qui s'attache à la prohibition inscrite dans l'art. 378, on peut chercher des limites à cette prohibition et ne pas lui donner plus d'importance qu'elle

---

bout à l'autre. La Bible est une grande école de poésie et c'est peut-être à cette lecture assidue que M. Michel Lévy dut, en partie, le style imagé qui donne à ses écrits un si grand charme. Mais il ne se sentait aucune vocation pour le sacerdoce, et l'École normale lui étant fermée, il embrassa la carrière de la médecine militaire. Ses relations constantes avec d'anciens condisciples de collège qui suivaient les cours de l'hôpital d'instruction, contribuèrent sans doute à le faire entrer dans cette voie, mais il est probable qu'à l'incomparable attrait de notre science, vint s'ajouter, pour le décider, la perspective d'un traitement et d'une retraite assurés, et pour un jeune homme sans fortune et aussi impatient que lui de n'imposer aucun sacrifice à sa famille, une pareille considération dut être décisive.

. . . .

Pour les médecins et pour tous les savants, le plus beau titre de M. Lévy à une renommée durable, est son *Traité d'hygiène*, livre parfait, dont l'apparition en 1845, fit sensation dans le corps médical qui y trouvait à la fois un profond savoir, des vues élevées, des idées nouvelles, avec un style d'une rare perfection, et le succès de la sixième édition, publiée sept ans après la mort de l'auteur, par les soins pieux de son fils et de deux anciens élèves du maître, montre assez que l'ouvrage est resté, même pour les générations médicales contemporaines, un guide sûr et toujours consulté.

Je suis loin cependant de méconnaître le mérite des travaux d'hygiène qui ont été publiés depuis, en si grand nombre; la science de l'hygiène, pas plus qu'aucune autre d'ailleurs, n'est définitivement achevée; chaque génération y apporte son contingent de données nouvelles, nées des découvertes scientifiques de chaque jour; toujours active et bienfaisante, l'hygiène recueille sans cesse, moissonne dans toutes les sciences, pour féconder sans fin, et son domaine est devenu si vaste que les travailleurs aujourd'hui, ont plus de tendance à spécialiser leurs recherches sur un sujet limité, qu'à écrire des traités généraux. De son côté, le public médical recherche

n'en a eu dans la pensée de ceux qui l'ont édictée. Le secret absolu tel que le voudraient les plus rigides est peut-être un idéal auquel doivent s'efforcer d'atteindre les praticiens épris d'une haute morale professionnelle, mais le secret ainsi compris se plie mal aux difficultés de la pratique journalière (et c'est là surtout ce que nous avons à considérer); il n'est pas démontré que cet absolutisme soit l'unique solution à laquelle conduit l'interprétation des textes de la loi positive. »

L'obligation pour le médecin de ne point révéler ce que son client lui a fait connaître sous le sceau du secret résulterait, en dehors de toute prescription de la loi pénale, d'un engagement qu'il a pris vis-à-vis de celui-ci lorsqu'il a consenti à lui prêter le secours de son art. Quelque nom qu'on lui donne, mandat ou louage de services, un contrat lie incontestablement le médecin à son malade. Et ce contrat est la source d'obligations réciproques: si le médecin pour sa part s'oblige à donner des soins au client qui les réclame, il met en revanche ce dernier dans la nécessité de lui faire un certain nombre de confidences sur ses habitudes, sur son genre de vie, soit même sur ses antécédents de famille, en vue d'aider à sa guérison. Ces révélations, le médecin sait parfaitement qu'il n'a pas le droit de s'en servir autrement que pour remplir la mission qui lui a été confiée et qu'il a librement acceptée. Aussi le médecin, en les tenant secrètes, obéit-il moins à un devoir essentiel à sa profession et que la loi pénale lui impose comme tel, qu'il ne remplit une des clauses du contrat particulier intervenu entre son malade et lui.

Envisagé sous cet aspect le secret médical apparaît comme une institution d'ordre public, comme une sauvegarde pour le client qui en a stipulé l'observation à son profit et qui peut dès lors relever ou non le médecin d'une obligation que sa seule volonté lui a imposée. Que s'il l'en relève le médecin aura toute liberté pour parler sans encourir en aucune façon les peines édictées par l'art. 378 contre les confidents indiscrets. Et une preuve que la Société ne serait pas intéressée au même titre que le client au silence du médecin c'est que dans beaucoup de circonstances, lorsqu'il s'agit de maladies épidémiques par exemple, il est aussi facile d'invoquer l'utilité sociale pour conclure à la violation par le médecin, du secret médical, que de s'en faire une arme pour réclamer son observation rigoureuse. Cet argument tiré de l'ordre public est dès lors dépourvu de valeur.

Mais ce secret, faut-il, avec Dalloz ne le voir que dans les particularités dont la révélation est de nature à porter atteinte à l'honneur ou à la réputation du client, ou convient-il de l'observer même lorsqu'il s'agit de maladies n'ayant rien de secret afin qu'on ne puisse jamais interpréter le silence dans un sens défavorable? Ce dernier point de vue est tout spécial et bien que le législateur ne semble pas l'avoir envisagé, aurait mérité de fixer l'attention de M. Verwaest.

Nous voyons toutefois dans le secret médical une obligation contractuelle. Aussi n'est-il pas possible de dire *à priori* quelles maladies relèveront du secret médical et quelles maladies n'en relèveront pas. Ce qu'a appris l'homme de l'art aura ou n'aura pas de caractère confidentiel suivant que la volonté exprimée ou sous-entendue du client se sera manifestée à cet égard dans un sens ou dans un l'autre. « La personnalité abstraite du médecin ne fait pas le secret médical, remarque M. Berthenoux, mais la volonté du client. »

Ne serait-ce pas au reste aller contre l'intention du malade que de considérer exclusivement, selon l'avis de Dalloz, la nature du mal pour conclure de là que le médecin pourra parler ou devra se taire? une affection insignifiante peut parfois exiger la discrétion la plus absolue en raison même de la personnalité de celui qui en est atteint.

Mais jusqu'où va le secret médical? Faut-il que soient secrètes et tombant sous le coup de l'art. 378 toutes les confidences que le médecin reçoit dans l'exercice de sa profession ou bien la discrétion la plus absolue doit-elle porter sur celles-là seulement qu'il lui était nécessaire d'apprendre pour faciliter la guérison du malade ou tout au moins celles qui offrent un rapport quelconque avec la maladie dont il souffre? Le secret médical étant avant tout un secret professionnel, il faut que les confidences directes ou indirectes faites par le malade à son médecin aient été rendues indispensables pour la mission que ce dernier avait à remplir auprès de lui. Le médecin n'est tenu

---

moins les livres didactiques, œuvres de longue haleine, dues au labeur d'un seul auteur; pour toutes les branches de la science médicale, aussi bien que pour l'hygiène, il va de préférence aux monographies et c'est à cette tendance qu'a su bien répondre notre collègue M. Rochard, en créant l'*Encyclopédie d'hygiène*, c'est-à-dire, un recueil méthodique de monographies dont chacune est l'œuvre d'auteurs d'une compétence spéciale.

Mais si quelque contemporain est tenté d'écrire un nouveau Traité d'hygiène, après ceux de M. Proust et de M. Arnould, il pourra comme eux, avec moins de talent et d'originalité, je le crains, enrichir son livre de toutes les découvertes nouvelles de la science, mais il ne pourra y faire preuve d'un plus vaste savoir, de plus de méthode, ni de plus de charme dans la forme, qu'on n'en trouve dans le beau Traité de M. Lévy.

C'est donc par ce livre surtout que vivra dans la science le nom de notre collègue. Mais il n'est pas là tout entier, et pour le bien connaître, il faut le chercher dans sa correspondance, dans ses allocutions, dans ses articles de critique, dans ses plans d'organisation et dans ses revendications persistantes en faveur des droits de la médecine militaire; à travers cette énorme production, le savant se révèle toujours, mais on voit aussi, par certains côtés, l'homme lui-même, qui n'est pas moins intéressant à étudier que le savant.

Mais c'est surtout à l'armée d'Orient, dont l'inspection médicale lui avait été confiée, qu'il devait trouver l'occasion d'appliquer sur un plus vaste théâtre ses doctrines tutélaires.

Parler de l'armée d'Orient, c'est aborder l'un des épisodes les plus glorieux et aussi les plus pénibles de la carrière de M. Lévy. Malheureusement, aucune relation officielle n'ayant été publiée des péripéties de son inspection, je n'ai pu me rendre compte de l'importance et des difficultés de sa mission que par la lecture de quelques pages de sa correspondance privée et par la communication qu'il fit à l'Académie, lorsque

au silence par l'art. 378 qu'autant qu'il est un confident nécessaire et en général il n'a cette qualité que pour les choses qui se rapportent à son art. Quant aux choses d'un ordre extra médical que le médecin vient à connaître d'une façon quelconque grâce à la facilité d'accès qu'il a près de son malade, nous pensons, dit M. Verwaest, qu'elles doivent en toutes circonstances revêtir les caractères d'un secret. Il faut distinguer selon nous, ajoute-t-il, si le médecin était dans la nécessité de les voir ou de les entendre ou si elles se sont passées devant lui alors qu'il n'était pas nécessaire qu'elles aient lieu en sa présence.

II

La révélation du secret est l'acte coupable que punit la loi. A quelles conditions cet acte revêtira-t-il le caractère d'un délit et tombera-t-il comme tel sous le coup de l'art. 378? C'est ce qu'il importe de rechercher.

Et d'abord l'intention de nuire chez le révélateur est-elle une des conditions essentielles à l'existence du délit de révélation de secrets ou bien suffit-il que la révélation se soit produite sans qu'il y ait lieu de s'arrêter aux mobiles qui ont déterminé le révélateur? D'après M. Rauter le délit prévu par l'article 378 rentre dans la catégorie des infractions pour lesquelles l'imprudence ou la légèreté de l'agent, en dehors de toute intention de nuire, ont paru suffisantes au législateur pour motiver l'application d'une peine. La culpabilité du médecin sera établie par le seul fait qu'il aura volontairement violé le dépôt dont il avait la garde; peu importe qu'il n'ait pas eu l'intention de nuire à celui dont la confiance est trahie; il suffit « qu'il ait voulu nuire au dépôt». Et la Cour de cassation devant qui Watelet, un des médecins traitants du célèbre peintre Bastien-Lepage, s'était pourvu contre un arrêt confirmatif d'un jugement du tribunal correctionnel, est entrée dans cette voie nouvelle.

On se rappelle les faits. S'estimant blessé dans sa dignité professionnelle par un article du journal *Le Voltaire*, le Dr Watelet adressa au journal *Le Matin*, pour se justifier des accusations dont il était l'objet, une lettre qui fut publiée par cette feuille. Dans cette lettre, il expliquait tout au long la nature du mal qui avait enlevé Bastien-Lepage. Quelque favorable que fût son cas, bien que la révélation qu'il s'était permise pût à ses yeux s'autoriser de l'interprétation de l'art. 378 jusqu'alors admise par la jurisprudence, il fut néanmoins poursuivi d'office par le ministère public en vertu de ce même article. Condamné en première instance et en appel il se pourvut, mais sans plus de succès, devant la Cour de cassation qui confirma purement et simplement les décisions précédentes : « Attendu, dit la Cour, que cette disposition (l'art. 378) est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel sans qu'il soit nécessaire d'établir à la charge du révélateur l'intention de nuire ; que le délai existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire..... »

M. Verwaest trouve cette interprétation nouvelle de l'art. 378, la seule vraiment conforme au texte, et fait remarquer que cet article n'affranchit le révélateur de la sanction pénale qu'il édicte qu'en un cas, celui où la loi l'oblige à se porter dénonciateur. Aussi toute révélation ne présentant pas le caractère d'une dénonciation commandée par la loi devient-elle punissable pour si recommandables que soient les motifs invoqués par leur auteur. Et la Cour appelée à statuer sur l'absence de toute intention de nuire d'une part et de l'autre sur la notoriété des faits révélés paraissant devoir enlever à leur révélation tout caractère délictueux rejeta-t-elle ces deux moyens de défense. « De même que pour révéler les aveux de son client qui a nié jusqu'au bout sa culpabilité un avocat ne pourrait se prévaloir de ce que les faits à lui confiés ont été rendus publics par la sentence le condamnant, de même, fait remarquer M. Verwaest, le médecin ne serait pas autorisé à révéler une maladie honteuse de son client au cas où un jugement en aurait pris acte pour prononcer contre lui la séparation de corps ou le divorce que demandait son conjoint. Le silence qu'il s'est engagé à garder doit être observé aussi longtemps que celui qui l'a stipulé ne l'en a pas relevé. »

Si M. Verwaest est d'accord avec les partisans du secret absolu pour reconnaître que l'intention de nuire n'est pas une condition essentielle de l'existence du délit il se sépare d'eux quand ils prétendent incriminer la révélation alors même qu'elle se produit avec l'assentiment formel du client. Cette solution logique aux yeux de ceux qui voient dans le secret médical une institution d'ordre public au premier

---

s'engagea devant elle, en 1862, une discussion sur les conditions de salubrité des hôpitaux. Mais ces documents, si incomplets qu'ils fussent, ont suffi pour me faire comprendre ce qu'il a fallu à M. Lévy d'énergie morale et d'infatigable activité, pour remplir sa tâche, pour lutter contre les obstacles sans nombre, auxquels se heurtait sans cesse son indiscutable compétence et n'obtenir après tout qu'une application incomplète des mesures qu'il avait vainement réclamées, dès son arrivée en Orient.

Son premier soin, à ce moment, avait été de conjurer les catastrophes qu'il prévoyait en donnant d'avance le conseil d'éviter à tout prix, les grandes réunions de malades et de prévenir ainsi les dangers de l'encombrement; convaincu de longue date de la contagiosité du choléra, il avait insisté sur la nécessité d'isoler les cholériques, et enfin proposé de substituer des baraques largement aérées ou des hôpitaux sous toile aux vastes bâtiments organisés à la hâte et dont un contenait jusqu'à dix-sept cents lits.

De tout temps, les médecins militaires ont soigné malades ou blessés sous la tente, mais c'est à Varna qu'a été faite, pour la première fois, sur l'ordre de M. Lévy, l'expérience de l'hôpital sous toile, et la comparaison de la mortalité dans les grands hôpitaux avec celle des hôpitaux-tentes, a victorieusement démontré la supériorité de ceux-ci; sous les tentes facilement et largement aérées, pas d'infection, pas de foyers meurtriers ; pas un officier du service de santé n'y a succombé, tandis que dix-sept d'entre eux ont payé de leur vie leur dévouement aux cholériques, dans les bâtiments clos de Gallipoli, d'Andrinople et de Varna.

Mais, n'a-t-on pas manqué de dire, si le maximum de salubrité se trouve sous les tentes, comment sont-elles devenues, en Crimée, les foyers et les réceptacles du typhus? C'est qu'alors elles n'étaient ni fixées sur un sol assaini, ni livrées à une aération constante, elles recouvraient des logements souterrains, des tanpinières, comme on les appelait, creusées dans un terrain imprégné de débris organiques; sous le sol

chef ne s'impose pas à ceux qui y voient une des obligations du contrat particulier et qui mettent l'intérêt d'ordre public en cause non pas pour réclamer dans tous les cas l'existence de ce contrat, mais pour en demander le respect lorsqu'il existe par la volonté des parties.

Dans la pratique la question se pose pour le médecin comme il suit : peut-il impunément, lorsque son client l'y autorise, donner des renseignements sur la santé de celui-ci à une Compagnie d'assurances sur la vie avec laquelle le client a l'intention de traiter? lui est-il permis de délivrer dans un but quelconque qu'on sera libre de ne pas lui faire connaître, un certificat médical au client qui le demande?

Sans nous attarder à discuter si en prêtant son concours à une Compagnie d'assurances, le médecin traitant, le médecin *familiaris*, comme l'appelle M. Brouardel, manque ou non à la dignité professionnelle, point de vue qui paraît avoir inspiré les résistances de certaines sociétés médicales, il suffit de constater que dans la circonstance envisagée ce médecin ne viole pas le secret médical tel qu'il a été compris puisqu'il en a été relevé par son client. On a fait à cette opinion, indépendamment des objections tirées de la loi pénale, un dernier reproche. Se conformer à la règle du silence absolu, a-t-on dit, est ce qu'il y a de préférable, car parler aujourd'hui pour se taire demain, c'est condamner à l'avance tous ceux sur le compte desquels on refuse de donner des renseignements.

Cette objection qui a sa valeur ne paraît pas à M. Verwaest sans réplique. « Le nombre des médecins traitants, avec qui leurs opérations les mettent en rapport, est assez considérable, écrit-il, pour que les Compagnies d'assurances se trouvent dans l'impossibilité de noter la règle de conduite particulière que chacun d'eux s'est imposée vis-à-vis d'elles. Dès lors, il devient difficile, semble-t-il, à ces Compagnies, d'interpréter pour ou contre un individu qui veut s'assurer, le silence que leur oppose son médecin habituel. »

Pour ce qui est des certificats *post mortem* que les Compagnies réclament du médecin traitant avant de remettre aux ayant-droits le montant de l'assurance, les tribunaux ont repoussé cette prétention et les Compagnies défenderesses ont été condamnées à payer la somme stipulée dans la police. Les motifs invoqués étaient les suivants : 1° pour ce qui concerne le contrat d'assurance passé par le client, le médecin n'étant qu'un tiers ne peut être tenu de ce chef à aucune obligation ; 2° ceux au profit de qui l'assurance a été contractée doivent être considérés comme ayant rempli la condition qui s'imposait à eux dès lors qu'ils ont fait tout ce qui était en leur pouvoir pour qu'elle s'accomplît. Cette doctrine paraît d'autant moins attaquable que lorsqu'elle a conclu ses traités la Compagnie a dû prévoir le refus possible du médecin *familiaris* et tout ce qu'elle a pu exiger de l'assuré, c'est qu'il ferait tous ses efforts pour que ce refus ne se produisît pas.

(*A suivre.*)

d'une tente du 47e de ligne dont tous les habitants furent victimes du typhus, on trouva un cimetière de soldats anglais enterrés après la bataille d'Inkermann.

Qui ne sait ici que, depuis la première étape de la campagne d'Orient, jusqu'au retour du dernier de nos bataillons, les maladies épidémiques ont fait bien plus de victimes que le feu de l'ennemi, frappant les médecins militaires dans une proportion plus effrayante encore que les soldats, comme pour attester une fois de plus à quelle hauteur peuvent s'élever, dans le corps de santé, l'abnégation, le sentiment du devoir et le mépris de la mort, et n'est-il pas permis de penser que tant de pertes douloureuses auraient été évitées si partout, les conseils de M. Lévy avaient été rigoureusement suivis, si partout il avait pu faire triompher ses idées.

Pour sa part, il ne s'était pas ménagé ; après avoir improvisé, pour ainsi dire, à Gallipoli et à Varna une série d'hôpitaux sous tente, il installa successivement douze hôpitaux à Constantinople, soit sur le Bosphore, soit dans les quartiers les plus salubres de la ville, veillant en même temps, avec la plus active sollicitude, sur tous les intérêts qui lui étaient confiés et lorsqu'on le voit poursuivre sa mission, sans repos ni trêve, à travers des foyers épidémiques disséminés des Dardanelles au Bosphore, et de la Bulgarie au plateau de Chersonèse, on peut s'étonner qu'il ait échappé à tant et de si grands périls, mais on comprend que sa santé ait été assez ébranlée pour qu'à bout de forces, il ait dû rentrer en France.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

DU TRAITEMENT RADICAL DU SATURNISME CHRONIQUE PAR L'ÉLIMINATION DU PLOMB PAR LES URINES SOUS L'INFLUENCE DU COURANT CONSTANT (1)

Par M. SEMMOLA (de Naples), correspondant étranger.

Le but de ma communication est d'appeler l'attention de l'Académie sur un traitement du saturnisme chronique que j'ai imaginé depuis quinze ans en soumettant les malades à l'action du courant continu dans le but d'activer les échanges nutritifs et de produire ainsi un mouvement de désassimilation qui aurait dû permettre, selon moi, l'élimination du plomb par la voie des urines lorsque les reins sont en bon état pour permettre la dépuration organique.

Il n'y a pas besoin de rappeler ici tous les essais qui ont été faits pour obtenir l'élimination du plomb de l'organisme ou sa neutralisation : bains sulfureux, traitements purgatifs ou sudorifiques de tous genres, limonade sulfurique, etc., etc.

Tous ces essais n'ont jamais abouti à des résultats bien concluants pour différentes raisons qu'il est superflu de discuter ici On se rappelle aussi les grandes espérances fondées sur l'emploi de l'iodure de potassium pour éliminer le plomb sous forme d'un composé soluble à la suite de l'activité imprimée aux échanges nutritifs par les iodures alcalins à haute dose.

Mais quoique dans plusieurs cas l'on ait bien observé l'élimination du plomb par les urines sous l'influence du traitement iodique, néanmoins les cas de guérison réelle ne sont pas bien concluants et en tout cas la guérison serait arrivée très lentement.

On essaya plus tard la faradisation en se proposant ainsi le traitement local des paralysies. Mais il est évident que

(1) Académie de médecine, 8 décembre 1892.

l'action du courant faradique appliqué localement n'est pas un traitement étiologique, si l'on songe d'autant plus que les muscles paralysés présentent une sensibilité bien petite sinon nulle à l'action du courant induit.

Depuis 1852, les Drs Verguier et Pœy, de New-York, proposèrent d'employer le bain électrique dans un travail qui avait pour titre : « de l'application de l'électro-chimie à l'extraction des métaux introduits et séjournant dans l'organisme.

C'était une espèce de galvanoplastie, mais aucun fait sérieux ne vint à l'appui de cette méthode, et par mes recherches personnelles, publiées en 1877, je fus porté à confirmer les recherches négatives du Dr Engel (Paris 1873), m'étant assuré que jamais on n'obtient avec cette méthode le dépôt du plomb sur les parois de la baignoire, ou sa dissolution dans l'eau du bain qui d'après les auteurs américains était acidulée par de l'acide nitrique, etc.

A cette époque, en me basant sur l'action physiologique du courant continu employé pour activer les échanges nutritifs de l'organisme et produire un mouvement de désassimilation plus considérable, j'eus l'idée de proposer l'électrisation par l'action du courant constant appliqué en plaçant, pendant la moitié de la séance, le pôle positif (recouvert par de la toile mouillée dans de l'eau salée) sur la langue et le pôle négatif adapté à une large plaque en cuivre, appliquée sur les régions des reins et pendant l'autre moitié en promenant le pôle positif sur les côtés de la colonne vertébrale et le pôle négatif appliqué sur l'abdomen toujours avec la petite plaque.

Pour mieux réaliser mon idée, je priai le professeur Vizioli, professeur d'électrothérapie à l'Université de Naples, de vouloir m'aider de ses conseils et de sa pratique.

Il me proposa, en janvier 1877, de commencer les recherches par l'emploi d'une pile de Wollaston de dix grands éléments.

Dans les dernières années, je me suis servi d'un appareil à la Daniell avec piles Onymus, modifié par le professeur Vizioli pour la graduation et le nombre des éléments.

La durée de chaque application variait de dix à quinze minutes chaque matin.

Les malades supportaient très bien le courant de 100 à 150 milliampères avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher des effets locaux.

Les premiers malades, traités par cette méthode, étaient affectés par des coliques et des atrophies considérables des mains, il existait un liséré gingival caractéristique et l'aspect général était toujours cachectique avec apparence anémique des muqueuses labiales.

L'analyse des urines faite avant de commencer le traitement, ne révéla jamais aucune trace de plomb. Après trois ou quatre jours de traitement on put déceler nettement des traces de plomb dans les urines, la recherche étant contrôlée par un chimiste très habile. La quantité de plomb estimée alla toujours en augmentant pendant les quatre premières semaines du traitement, et plus tard, elle alla en baissant lentement jusqu'à la disparition complète après quatre mois.

A la fin de la troisième semaine, le liséré gingival avait disparu et la nutrition des muscles atrophiés était considérablement améliorée.

Après une durée de traitement variable entre trois et quatre mois, les six malades qui avaient fait le sujet de ces applications, furent tous guéris et la *Gazette des hôpitaux* du 10 avril 1877, publia un résumé des résultats que j'avais obtenus avec ma nouvelle méthode.

En Italie, le Dr Serafini, professeur à l'Université de Padoue, confirma mes recherches et publia de nouveaux cas de guérison obtenus avec ma méthode.

D'autre part, je continuai mes recherches sur le même sujet en étendant les applications de la méthode à d'autres accidents du saturnisme chronique et je communiquai au dernier Congrès de thérapeutique (1890) qui eut lieu à Paris les conclusions de la suite des recherches dans lesquelles, en confirmant les résultats précédents, je faisais remarquer l'inutilité de ma méthode dans les accidents tardifs du saturnisme chronique et principalement dans les encéphalopathies saturnines, soit à cause de la nature des intégrations plombiques dans la substance nerveuse ; soit à cause des graves lésions rénales qui empêchaient la dépuration organique.

Puisque je pense que réellement ma méthode semble destinée à résoudre le problème du traitement définitif de l'intoxication saturnine chronique, je viens vous présenter les conclusions synthétiques de toutes mes expériences ultérieures.

J'ai eu en traitement depuis le commencement de mes expériences (1887) un total de 25 malades qui peuvent se grouper ainsi :

1° Forme de colique simple et paralysie des muscles extenseurs : 15 cas ;

2° Forme cachectique avec albuminurie à différents degrés mais sans altérations rénales appréciables : 8 cas ;

3° Forme nerveuse, encéphalopathique avec artériosclérose et toutes ses conséquences : 2 cas ;

Ma méthode a produit la guérison complète et permanente des cas du premier groupe, une amélioration générale considérable du second groupe avec diminution de l'albuminurie mais jamais disparition complète : enfin aucun résultat remarquable dans les 2 derniers cas, qui furent suivis de mort.

Je m'abtiens de faire pour le moment des considérations explicatives sur ces résultats pour les mettre en rapport avec la nature des différentes altérations anatomo-pathologiques et la possibilité plus ou moins grande d'obtenir dans les différents cas des améliorations ou la guérison complète des accidents saturnins. Il me semble pourtant bien évident que les effets thérapeutiques de ma méthode se réalisent en raison inverse des altérations nutritives vasculaires et nerveuses, et que la désintégration et l'élimination du plomb cessent d'avoir lieu au fur et à mesure que les altérations biochimiques générales deviennent irréparables avec les lois physiologiques de la nutrition.

Je désire que les recherches d'autres expérimentateurs puissent étendre l'application de ma méthode et confirmer ainsi d'un côté les grands avantages qui peuvent résulter de l'électrothérapie par son action chimique générale, sur les échanges nutritifs, qui représente, selon moi son plus grand avenir et d'un autre côté rendre un grand service à la classe ouvrière qui est si souvent victime de son métier.

BIBLIOGRAPHIE

Paralysies et contractures hystériques, par le Dr Paul Richer, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, lauréat de l'Assistance publique, de la Faculté et de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut de France, 1 vol. broché in-8 de 225 pages, avec 32 figures. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Paris, 1892.

Les paralysies et les contractures jouent un grand rôle dans la symptomatologie de l'hystérie, et les descriptions des uns ou des autres de ces phénomènes sont fort nombreuses. L'ouvrage dont nous rapportons aujourd'hui l'analyse et qui traite précisément de ce sujet, nous semble atteindre le but que s'est proposé l'auteur; il nous paraît « résumer fidèlement aujourd'hui, au moins au point de vue clinique, l'état de la science sur cet important fragment de la Grande Névrose, relatif aux troubles de la motilité ».

D'abord qu'est-ce qu'une paralysie, qu'est-ce qu'une contracture? M. Richer prend soin de nous en donner des définitions dans ses préliminaires qu'il faudrait citer presque entièrement parce qu'ils comprennent les données et le plan de travail. *Il y aura paralysie toutes les fois que les fibres musculaires auront perdu la faculté de se raccourcir sous l'influence des excitants ordinaires de leur contraction.* C'est là la formule d'Axenfeld; elle sera complète en ajoutant, par opposition avec ce qui a lieu dans les contractures, que les muscles paralysés ont conservé leur souplesse et ne sont le siège d'aucune raideur (P. Richer).

La contracture est « *une impuissance motrice s'accompagnant d'un état de rigidité persistante et involontaire du muscle sans modification notable des réactions électriques et sans altération de texture de la fibre musculaire elle-même.* »

Ces troubles de motilité sont tantôt les premiers de la névrose, et alors ils se manifestent surtout pendant l'enfance (hystérie infantile), tantôt un épiphénomène au cours d'un état hystérique bien caractérisé. Ils peuvent constituer à eux seuls presque toute la symptomatologie de l'hystérie (hystérie locale, hystérie non convulsive ou se rencontrer au nombre des manifestations interparoxystiques de l'hystérie convulsive; ce sont alors des symptômes permanents.

L'auteur ne comprend point dans son étude les troubles de la motilité qui font partie de l'attaque d'hystérie elle-même. Il divise son travail en deux parties; dans la première sont considérées les paralysies et les contractures hystériques d'une façon générale, indépendamment du siège qu'elles peuvent avoir et des diverses parties du corps qu'elles peuvent affecter. La seconde partie est consacrée aux paralysies et aux contractures en particulier, c'est-à-dire considérées dans les diverses parties du corps. Elle est subdivisée en paralysies et contractures des membres et paralysies et contractures viscérales.

Première partie. Des paralysies et des contractures hystériques en général. Cette première partie est divisée en six chapitres : étiologie symptomatologie, complications, diagnostic, physiologie pathologique et traitement.

Dans le premier chapitre, l'auteur établit que l'hystérie est au premier chef une maladie héréditaire soit par hérédité similaire, soit par hérédité lissemblable on de transformation. Une fois cette prédisposition créée intervient dans l'éclosion de la maladie l'action de causes secondaires, occasionnelles agissant aussi bien pour les paralysies que pour les contractures, ces causes sont : 1° les attaques convulsives et leurs diverses variétés; 2° la disparition d'un autre symptôme hystérique; 3° les impressions morales; 4° divers états morbides; 5° le traumatisme. Toutes ces influences sont traitées longuement et donnent une idée complète de la question.

Si, en ce qui concerne l'étiologie, les paralysies et les contractures peuvent être comprises dans la même étude, il n'en est plus de même quand il s'agit de symptomatologie. M. Richer décrit donc séparément les paralysies et les contractures. Parmi les paralysies hystériques, on peut, en se plaçant au point de vue clinique, distinguer les formes suivantes :

1° L'amyosthénie qui n'est qu'un léger degré de paralysie; 2° la paralysie vulgaire, qui répond aux cas les plus communément observés; 3° la paralysie par suppression des mouvements coordonnés, qui est une forme spéciale récemment décrite par M. le professeur Charcot.

Le début de la paralysie hystérique (forme vulgaire) est brusque ou graduel. Une fois constituée, elle est rarement complète; elle atteint à un égal degré les muscles antagonistes; les troubles de la nutrition sont rares; la contractilité électrique est conservée. La paralysie hystérique s'accompagne très fréquemment de troubles de la sensibilité. Les réflexes cutanés persistent rarement; par contre, les réflexes tendineux sont le plus souvent exaltés.

Les paralysies hystériques présentent d'un jour à l'autre ou même dans un espace de temps plus court des variations d'intensité, ce qui constitue une opposition avec ce qui se passe dans les paralysies organiques. Tantôt elles résistent à tout traitement; tantôt elles sont très mobiles; quittant une région et y revenant ensuite (paralysie à répétition) ou passant à une autre région (paralysie erratique). Elles peuvent durer quelques instants quelques heures ou quelques années et se terminer soit par la contracture, soit par la guérison. La terminaison fatale ne peut en être la terminaison, quelles qu'en soient la durée et l'étendue.

La paralysie par suppression des mouvements coordonnés diffère de la précédente en ce que les mouvements volontaires ne sont pas abolis. Le malade peut mouvoir ses membres avec force, mais il a perdu la faculté d'en coordonner les mouvements. Par exemple, la mémoire organique de la marche est perdue.

M. Charcot a décrit deux variétés de ce genre de paralysie 1° l'astasie ou abasie paralytique ou parétique; 2° l'astasie on abasie ataxique (avec incoordination des mouvements). Ces deux formes peuvent se terminer soit par la guérison, soit par transformation en paralysie hystérique (forme vulgaire).

L'auteur consacre un chapitre spécial à la description d'un désordre neuro-musculaire qui n'est ni la paralysie, ni la contracture et qui cependant tient de l'une et de l'autre. Il ne se traduit dans l'état ordinaire, par aucun signe objectif. Il tient de la paralysie en ce qu'il coïncide le plus souvent avec un affaiblissement marqué de la motilité, et de la contracture en ce qu'il la renferme en puissance et qu'il suffit de l'excitation, souvent même la plus légère pour la faire apparaître, et aussi pour la faire disparaître. M. le professeur Charcot a désigné cet état sous le nom de *diathèse de contracture*. Cette diathèse de contracture existe aussi en dehors de l'hystérie; elle sert naturellement de transition entre la paralysie hystérique et les contractures dont M. Richer entreprend l'étude dans le paragraphe III du second chapitre.

Les contractures hystériques revêtent les formes suivantes :

1° Contracture hystérique permanente se subdivisant en deux variétés suivant l'état de la sensibilité.

a. Avec anesthésie ;

b. Avec hypérestbésie ;

2° Contracture hystérique forme psychique.

Le début de la *contracture permanente non douloureuse* est brusque ou graduel. Une fois constituée, elle se distingue par son intensité qui est extrême. Quelle que soit l'attitude des membres, les groupes musculaires antagonistes sont également intéressés. Les contractures ordinairement ne sont point mobiles comme les paralysies ; elles sont stables au contraire et persistent même pendant le sommeil, ce qui permet bien souvent d'exclure le rôle de la simulation. L'anesthésie en permet, temporairement, la résolution. Les troubles de la nutrition sont rares dans ces cas. Enfin la sensibilité n'est que bien exceptionnellement respectée.

La contracture hystérique est tenace, sauf les cas, plus rares de contracture mobile, de contracture à répétition, ou, d'autres fois, de contracture erratique. La contracture a une terminaison tantôt lente, tantôt brusque, pouvant aussi bien cesser au bout de quelques instants que se prolonger pendant des années.

Dans la *contracture permanente douloureuse*, l'état général, resté bon dans la première forme, devient mauvais par suite des douleurs intenses et continues dont le membre contracturé est le siége. Ces douleurs affectent les aspects les plus variés ; elles sont tantôt pongitives, tantôt cuisantes ; tantôt ce sont des fourmillements etc... empêchant le sommeil et déterminant des troubles des voies digestives et la fièvre etc.

Les *contractures hystériques de forme psychique* reconnaissent une lésion dynamique de l'écorce cérébrale elle-même. Elles se distinguent des autres formes par les attitudes bizarres qu'elles impriment aux membres et par un caractère d'instabilité qui n'existe pas dans les autres formes. Elles cessent pendant le sommeil pour reparaître au réveil avec des caractères identiques.

L'auteur examine alors les attitudes diverses du membre contracturé, le degré d'intensité de la contracture, sa résolution pendant le sommeil, la rareté des troubles de la sensibilité, l'impuissance, l'impuissance des œsthésiogènes etc.. et termine l'article par un tableau synoptique contenant les caractères différentiels des deux formes de la contracture hystérique :

Forme vulgaire permanente : degré intense, invariable. Persistance pendant le sommeil. Attitude des membres : flexion pour le membre supérieur ; extension pour le membre inférieur. Troubles de la sensibilité très fréquente. Disparaît ou diminue par l'aimant.

Forme psychique : L'immobilisation des parties contracturées est moindre. La raideur varie d'un moment à l'autre. L'attitude des membres peut se modifier légèrement. Elle s'exagère sous l'influence des manœuvres et de l'attention. Cesse pendant le sommeil pour reparaître au réveil. Souvent, attitudes contraires à celles de l'autre forme ; en tous cas n'obéissant à aucune loi. Troubles de la sensibilité très rare, le plus souvent sensibilité intacte. Résiste aux œsthésiogènes.

L'article III du chapitre II est suivi d'un quatrième article traitant en quelques pages, les paralysies et contractures dans l'hystérie infantile.

Les chapitres III, IV, V et VI sont consacrés aux complications, au diagnostic, à la physiologie pathologique et au traitement de ces divers états. Le chapitre IV est principalement intéressant en ce qu'il renferme les données nécessaires pour faire le diagnostic de la simulation, le diagnostic différentiel et le diagnostic de l'hystérie même.

La deuxième partie traite des paralysies et des contractures hystériques en particulier. Nous laisserons de côté les deux premiers chapitres, d'ailleurs très instructifs, qui renferment des sujets mieux connus que le premier. Le chapitre I, par exemple, concerne les paralysies et contractures des membres (monoplégies : contractures, paralysies ; hémiplégies : paralysies hystériques spontanées simulatrices d'une lésion organique de la moëlle ; quadriplégies : paralysies des quatre membres, contractures des quatre membres). Dans le chapitre II, on trouve l'étude des paralysies et contractures partielles proprement dites (contractures et paralysies de la face : blépharospasme, hémispasme, hémispasme glosso-labié, trismus, paralysie faciale hystérique ; torticolis hystérique ; torticolis paralytique ; torticolis par contracture, coxalgie hystérique ; paralysies et contractures du diaphragme).

Le chapitre III est consacré aux paralysies et aux contractures viscérales. Dans l'article premier, on trouve les paralysies et contractures des muscles du larynx et des organes de la respiration. M. Richer fait remarquer que la plupart des cas d'aphonie hystérique ont été mis par des observateurs sur le compte de la paralysie des muscles constricteurs, mais qu'il faut se garder de l'affirmer d'une façon trop absolue. En effet l'abduction des cordes vocales, conséquence de la paralysie des adducteurs, peut aussi résulter de la contracture de leurs antagonistes, des adducteurs. D'un autre côté, l'adduction persistante des cordes vocales pourra provenir soit de la paralysie des abducteurs, soit de la contracture des adducteurs. D'ailleurs les muscles du larynx ne sauraient échapper à la loi générale qui veut que, dans la contracture ou la paralysie, les muscles antagonistes soient également intéressés, toutefois, avec prédominance d'action d'un groupe musculaire sur son antagoniste.

Bien qu'il soit difficile d'assigner, dans les troubles moteurs, la part qui revient à la paralysie où à la contracture, d'autant plus qu'il est des états intermédiaires entre la paralysie et la contracture, il est possible de grouper ces troubles moteurs du larynx en deux catégories bien distinctes : l'une dans laquelle la paralysie domine, l'autre dans laquelle la contracture passagère ou transitoire tient le premier rang.

La paralysie hystérique (aphonie hystérique) est toujours associée à quelque trouble de la sensibilité de la muqueuse laryngienne, à l'anesthésie surtout. La malade est aphone, elle ne peut parler à haute voix, mais elle a conservé le pouvoir de s'exprimer à voix basse. Mais la paralysie disparaît pendant le sommeil.

Le mutisme hystérique est différent de l'aphonie ; il y a suppression complète de la fonction du langage aussi bien à voix basse qu'à haute voix. La muette hystérique ne peut émettre aucun son ; mais l'impuissance n'existe que pour les mouvements spécialisés pour l'émission de la parole : le mutisme hystérique est donc une paralysie systématique qu'on doit rapprocher des paralysies psychiques. Le spasme du larynx d'origine hystérique est le plus souvent accompagné d'hypéresthésie qui se traduit par une sensation de brulure, de déchirure, de tiraillement tout le long du cou. Des points doulou-

reux existent à la pression sur les côtes du larynx et principalement à gauche.

Le spasme laryngé est inspiratoire ou expiratoire. Le spasme expiratoire se révèle par des cris bizarres au moment de l'expiration et par la toux hystérique. Ces phénomènes peuvent céder à la compression des ovaires; ils cessent pendant le sommeil. Le spasme inspiratoire peut être léger et sans conséquence; d'autres fois, il revêt une forme grave et peut être passager ou durable. Il peut constituer le signe prédominant de l'attaque d'hystérie ou faire partie des symptômes de la première période ou période épileptoïde de la grande attaque.

Le spasme grave peut être prolongé, presque permanent, prenant alors les allures de l'œdème de la glotte; s'il s'accompagne de spasme des bronches, il donne lieu à de véritables accès d'asthme.

Le traitement de la forme grave du spasme est important, car la terminaison peut être fatale. La compression de certains points (côtés du larynx, zônes hystérogènes, ovaires) suffit quelquefois; les inhalations de chloroforme rendent les plus grands services. La trachéotomie reste une ressource suprême.

La dyspnée hystérique est due: à un spasme de la glotte; à un état de paralysie ou de contracture du diaphragme; à un état spasmodique des bronches; à un tympanisme exagéré.

L'article II du chapitre III contient les paralysies et contractures des muscles des voies digestives. Nous y trouvons les phénomènes de dysphagie et d'œsophagisme; les vomissements hystériques, dus à des spasmes stomacaux dont le siège varie: cardia, pylore (pylorisme) ou à un état d'atonie des couches musculaires (dilatation); la tympanite intestinale et l'iléus nerveux); enfin le spasme anal.

La gravité de ces divers accidents résulte de l'entrave apportée à l'alimentation et le médecin ne doit pas oublier que la terminaison peut en être fatale. On trouvera au paragraphe traitement les moyens appropriés pour combattre les phénomènes relevant de ces troubles dss voies digestives.

Les paralysies et contractures des muscles des organes génito-urinrires sont étudiées dans l'article III et dernier. Nous y trouvons le spasme vaginal causé par une hypéresthésie de la muqueuse, spasme soit transitoire soit permanent, la paralysie de la vessie, se traduisant par la rétention d'urine. Dans certains cas, il existe une anesthésie de la muqueuse vésicale et les malades ne sentent point le besoin d'uriner (urination par regorgement).

Le spasme de la vessie peut porter sur le sphincter vésical; il détermine alors de la rétention. Mais la sonde une fois arrivée dans la vessie, l'urine s'échappe aussitôt et avec force, ce qui n'a pas lieu quand il s'agit de paralysie.

R. F.-M.

Contribution a l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cæcales, par M. Mariage. — Thèse Paris.

L'appendicite est à l'ordre du jour. C'est à elle qu'on attribue la majorité des pérityphlites plus justement désignées sous le nom d'inflammations péri-cæcales. Après avoir été à peu près exclusivement justiciables du traitement médical, ces lésions tendent à passer dans le domaine purement chirurgical. Bien que des statistiques aient paru démontrer l'excellence de l'expectation, que d'autres aient non moins victorieusement prouvé, semble-t-il, la valeur curatrice de l'intervention, nous pensons avec l'auteur qu'il faut être éclectique et reconnaître que parfois les inflammations péri-cæcales guérissent par des moyens médicaux, que dans d'autres circonstances elles exigent une thérapeutique plus active. Si les symptômes aigus persistent au-delà de quarante-huit à soixante heures et s'ils vont en s'aggravant, une intervention chirurgicale est nécessaire et les résultats seront d'autant meilleurs qu'elle aura été plus précoce.

La nécessité d'une opération étant reconnue, certains chirurgiens ont proposé de la faire pendant la période de calme qui se produit entre deux attaques d'appendicite, alors que les symptômes aigus ont disparu. Si l'on se rappelle que les crises sont d'autant plus graves qu'elles se répètent davantage, l'intervention sanglante apparaîtra comme un traitement prophylactique des attaques suivantes.

On pourra avoir, suivant la forme clinique de la pérityphlite, ou à inciser directement dans les cas d'abcès circonscrits, ou à réséquer l'appendice vermiforme dans tous les cas où cela sera possible, ou à laparotomiser sur la ligne médiane dans les cas de péritonite purulente diffuse, ou à combiner l'incision sur le cæcum avec la laparotomie pour les abcès pérityphliques compliqués de péritonite diffuse progressive.

Le travail de M. Mariage, bien étudié, bien conçu, bien écrit, se recommande à la lecture de tous ceux qui désirent se former une opinion sur les indications, la thérapeutique des inflammations péri-cæcales.

C. Amat.

BULLETIN

A part les communications faites devant les diverses Sociétés savantes, il n'y a pas eu dans la dernière semaine d'événement propre à intéresser particulièrement le monde médical.

Cependant, parmi les questions récemment discutées, il y en a une d'importance majeure, parce qu'elle confine à la fois à la médecine et à la chirurgie: celle du traitement des kystes hydatiques du foie. Tout d'abord on trouve dans cet ordre de faits de grandes difficultés cliniques dont l'observation que M. Debove a exposé l'autre jour, devant la Société des hôpitaux, est bien propre à donner une idée. Ces difficultés ressortent également du fait que M. Laveran est venu rapporter à son tour, et qui tend à confirmer les remarques de M. Debove. On peut conclure de ces deux exemples qu'il y a encore bien des obscurités dans la symptomatologie des kystes hydatiques du foie, bien des inconnues qui peuvent varier avec chaque cas particulier. En revanche, les préceptes relatifs au traitement paraissent avoir gagné quelque chose à la comparaison de ces deux cas, et à l'analyse des phénomènes qui y ont été constatés.

C'est ainsi que, dans l'observation de M. Laveran, le péritoine ayant été trouvé sain, non inflammé, malgré la présence d'un kyste énorme qui comblait sa cavité et malgré plusieurs ponctions successives, l'auteur a cru pouvoir attribuer cette immunité surprenante d'une membraue éminemment irritable à la présence de la bile qui, accidentellement mise en communication avec le kyste, s'était mélangée à son contenu et avait, par surcroît, provoqué la mort des hydatides. Il y aurait là

une nouvelle preuve du pouvoir antiseptique de la bile, en même temps qu'un argument à l'appui de son rôle curateur par rapport aux hydatides, vis-à-vis desquelles cette sécrétion se comporterait à la manière du sublimé ou de toute autre substance parasiticide. C'est là ce que l'on peut légitimement conclure du fait de M. Laveran, et ce qui est d'ailleurs conforme aux notions précédemment acquises. Toujours est-il qu'il y a là un chapitre fort intéressant, mais encore peu exploré de l'histoire des kystes hydatiques, histoire pourtant déjà fort riche en documents cliniques de toutes provenances. On peut espérer que la thérapeutique saura tirer parti de ces derniers, pour instituer des méthodes de traitement qui deviendront curatrices dans la véritable acception du mot.

Il se trouve précisément que cette question du traitement des kystes hépatiques est restée à l'ordre du jour, si bien qu'elle est toujours d'actualité, comme l'indique le titre des travaux qu'elle inspire périodiquement. M. Dujardin-Beaumetz en a fait récemment l'objet d'une série de leçons cliniques dans lesquelles il a exposé les différents procédés usités jusqu'à présent et préconisés à tour de rôle par leurs partisans respectifs. Dans cette étude comparative, notre collègue a pris soin de préciser les indications qui doivent présider au choix de tel ou tel mode d'intervention, et de cet exposé impartial il a conclu à la supériorité du traitement médical sur les méthodes plus exclusivement chirurgicales et plus radicales de l'incision et de l'extirpation. Ainsi, d'après lui, toute tentative dans ce dernier ordre d'idées, que le kyste soit simple ou suppuré, devra être précédée de ponction suivie d'injection d'une solution parasiticide (liqueur de Van Swieten. Cette dernière opération a pour elle le mérite d'être absolument inoffensive, à la seule condition d'être exécutée conformément aux règles les plus minutieuses de l'antisepsie; puis on peut la renouveler autant de fois qu'il convient. Or elle confère autant de chances de guérison que celles dont les chirurgiens vantent les avantages, et elle ne comporte pas les mêmes aléas inquiétants.

C'est à peine si on peut inscrire à son passif quelques inconvénients légers, comme l'apparition éventuelle d'un urticaire, ou le développement d'une stomatite mercurielle le plus souvent légère et fugace. Telle est la conclusion du savant médecin de l'hôpital Cochin, et nous la reproduisons volontiers à cette place, bien qu'elle soit loin d'être neuve, parce qu'elle est assez conforme à l'opinion générale. Il nous a semblé utile de la mettre en relief, à l'effet de contrebalancer les exagérations des partisans déclarés de l'intervention opératoire et les revendications des chirurgiens, quand il s'agit du traitement d'une maladie qui reste essentiellement médicale par ses causes, son siège, et ses diverses modes d'évolution.

— Les membres de la section de médecine, à l'Institut, ont pris l'initiative d'une souscription en l'honneur de M. Pasteur, dont le 70e anniversaire sera célébré, mardi prochain, avec un grand éclat. La presse médicale doit s'associer tout entière à une démarche qui est véritablement un témoignage de la reconnaissance nationale. Aussi croyons-nous qu'elle participera spontanément à l'hommage qui sera rendu à notre compatriote, en séance solennelle, dans la grande salle de la Sorbonne. La présence de savants étrangers, venus pour la circonstance, celle du chef de l'Etat, rehausseront la grandeur d'une cérémonie qui doit marquer une date mémorable dans les annales de notre existence nationale. Et tous ceux qui s'intéressent aux choses de la science seront de cœur ce jour-là avec les privilégiés qui auront la bonne fortune d'acclamer le savant illustre au nom universel, l'homme que tant de titres placent au rang des plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Comme le disait justement, hier matin, le rédacteur d'un journal politique très répandu, il y a là de quoi dédommager la conscience publique des scandales bruyants et des tristesses de l'heure présente.

MÉDECINE PRATIQUE

Otalgie.

Chloral-camphré	5 parties.
Glycérine	30 —
Huile d'amandes douces	10 —

Tremper un petit morceau de coton dans ce liquide et l'introduire dans l'oreille malade (le chloral-camphré est fait en pilant dans un mortier chaud égales parties d'hydrate de chloral et de fleur de camphre).

(*The Clinical Journ.*, 9 novembre 1892.)

Onguent contre les pediculi pubis.

Mercure ammoniacal	1 gr. 75
Baume du Pérou	4 grammes.
Huile de pétrole	6 —
Lanoline	250 —

Pour applications locales.

(Whitla, *Med. News.*)

Contre les fissures de la langue.

Acide phénique	2 grammes.
Teinture d'iode	ââ
Glycérine	8 grammes.

En applications topiques.

(*Med. News.*)

Déodorisant dans le cancer de l'utérus.

Acide salicylique	0,40 centigr.
Salicylate de soude	12 grammes.
Teinture d'eucalyptus	24 —
Eau distillée	180 —

Trois cuillerées à bouche dans 500 grammes d'eau pour injections toutes les trois ou quatre heures.

(*Med. News.*)

Gaz intestinaux.

Beaucoup d'enfants sont irritables et crient parce qu'ils ont des gaz intestinaux. Au lieu d'administrer les opiacés, le prof. Bartholow ordonne la mixture suivante comme réussissant bien dans ces cas.

Mixture d'assa fœtida	4 grammes.
Bromure de sodium	0,15 centgr.

Dose pour un enfant de un à trois mois.

(*Med. and Surgic. Reporter.*)

Rhumatisme aigu.

1° Teinture d'aconit	12 grammes.
Extrait distillé d'hamamelis	90 —
Alcool	60 —

comme liniment contre le rhumatisme inflammatoire; appliquer sur la peau et recouvrir d'une flanelle.

2° Phosphate de fer	0,30 centigrammes.	
Bromure de lithine	25	grammes.
Eau distillée	120	—

1 cuillerée à café toutes les deux ou trois heures dans de l'eau.

3° Acide salicylique	} ââ 8 grammes.
Bicarbonate de soude	

Pour 12 cachets.

1 toutes les deux ou trois heures.

(C.-M. BRUCKER, *the Times and Register*, 22 oct. 1892.)

Rhumatisme aigu.

1° Evonymine	0,02 grammes.	
Podophyllin	0,01	—
Aloès	0,01	—

Pour une pilule.

Une pilule matin et soir.

2° Administrer les alcalins jusqu'à ce que la salive devienne elle-même alcaline. La formule suivante peut atteindre ce but :

Benzoate de lithine	2 grammes	
Bromure de sodium	8	—
Carbonate de potasse	8	—
Acétate de potasse	45	—
Phosphate de soude	15	—
Sirop de gingembre	120	—
Eau de menthe poivrée	120	—

De 15 à 20 grammes, de quatre à six heures après chacun des principaux repas.

(F. LE ROY SATTERLEE, *Méd. Record*, 9 avril 1892).

NOUVELLES

Errata. — A la troisième ligne du mémoire de M. FIESSINGER (*Gazette médicale*, n° 50), au lieu de : *la nature* INFECTIEUSE de cette fièvre éruptive ; lire : *la nature* CONTAGIEUSE.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 12 novembre 1892, ont été promus : au grade de médecin principal, les médecins de 1re classe MM. Drago (Thomas), Pascalis (Paul-Joseph-Alexandre), Vergniaud (Louis-Antoine-Henri) ; — au grade de médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe MM. Recoules (Antoine-Adrien), Négretti (Antoine-François).

Fête en l'honneur du 70e anniversaire de la naissance de M. Pasteur. — Cette solennité, due à l'initiative privée, aura lieu mardi 27 courant, nous savons qu'elle sera rehaussée d'un éclat exceptionnel : M. le Président de la République a été invité ainsi que les grands corps de l'état. Il est bon par ce temps de chèques panamistes qui courent les rues, que les travaux scientifiques incessants de toute une vie, soient l'objet d'un grande et touchante manifestation. M. Pasteur a droit à cette manifestation.

D. A. D.

— Le *Journal officiel* du 14 décembre contient l'instruction dd ministre de la guerre pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon en 1893.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An ; tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de Paris à Nice et Menton, valables pendant vingt jours, y compris le jour de l'émission. — Prix (1re classe) : Nice, 182 fr. 60 ; Menton, 186 fr. 65. — Faculté de prolongation de deux périodes de dix jours moyennant un supplément de 10 0/0 pour chaque période.

Billets délivrés du 19 au 31 décembre 1892 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour. Ils sont valables pour tous les trains comportant des voitures de la classe du billet, dans les mêmes conditions que les billets à plein tarif de la même classe. Ils donnent accès, moyennant le supplément perçu des voyageurs porteurs de billets à plein tarif, dans les trains de luxe.

Les enfants de 3 à 7 ans paient place entière.

Les voyageurs ont droit au transport gratuit de 30 kilogr. de bagages.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris P.-L.-M. et Paris-Nord, dans les bureaux succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Ecuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ; rue Sainte-Anne, 6 ; rue Molière, 7 ; rue Etienne-Marcel, 18 ; et aux diverses agences de voyages.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie militaire de L. Baudoin, imprimeur, éditeur, 30, rue et passage Dauphine, 30, à Paris.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance des vétérinaires principaux de la section technique de la cavalerie et publié par ordre du Ministre de la guerre, 2e série, t. XVI. — 1 volume in-8°, de 1.135 pages avec figures dans le texte — Prix : 15 francs.

Camille Coulet, libraire éditeur, 5, Grand'Rue a Montpellier, et G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Éloi. De la fièvre initiale des tuberculeux et de son traitement, par le professeur G. GRASSET, leçons recueillies et publiées par H. Castagné, interne du service. — Une brochure in-8°, de 30 pages avec une planche lithographique hors texte. — Prix : 2 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 11 AU 17 DÉCEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 8. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, croup, 43. — Affections cholériformes, 3. — Phtisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 17. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 53. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 74. — Bronchite aiguë et chronique, 92. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 104. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 45. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale et vices de conformation, 27. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 165. — Causes inconnues, 11. — Total : 1009.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

REVUE GENERALE

Le secret médical,

Par le Dr Ch. Amat, médecin-major de 2e classe.

(Suite et fin (1).

Jusqu'ici il n'a pas été question du médecin de la Compagnie par la raison bien simple que pour lui la question du secret médical ne surgit pas. Adversaire de l'assuré, cherchant à obtenir de lui tous les renseignements que la Compagnie se propose d'utiliser pour traiter au mieux de ses intérêts, il remplit sa mission en révélant à son mandant toutes les confidences qu'il a reçues, toutes les constatations qu'il a faites. C'est un expert qui rend compte à ceux qui l'ont commis du résultat de son expertise. N'agissent-ils pas ainsi, du reste, les médecins que les pères de famille, les chefs de pensionnat, les secours mutuels, les patrons d'usine, chargent de visiter ceux qui se trouvent sous leurs dépendances? Si ces médecins ne doivent pas le secret aux malades qui leur sont confiés, c'est qu'ils ne sont pas liés vis-à-vis d'eux tandis qu'ils le sont vis-à-vis de ceux qui les ont appelés. Il n'empêche que s'ils confiaient à d'autres qu'à leurs mandants les résultats de leurs visites, ils deviendraient passibles des peines édictées en violation du secret.

Il est une situation particulière qui mérite un examen spécial, c'est celle du médecin militaire. Militaire et médecin, il a, du fait de sa double fonction, des devoirs divers à remplir. A certains moments, expert au service du commandement, il est le confident de ceux que leur état de santé oblige à recourir à son art et, à ce dernier titre, il doit à ses malades le secret sur les confidences qu'il a reçues d'eux.

La décision ministérielle du 9 avril 1868, toujours en vigueur ainsi que le prouvent les prescriptions contenues dans le règlement de 1883 sur le service intérieur des corps de troupes, lui trace la voie à suivre : « En vue de prévenir le retour des difficultés auxquelles a donné lieu l'application de l'article 14 infanterie, 15 cavalerie, de l'ordonnance de 1833, le ministre croit devoir faire connaître quelle est la portée réelle des prescriptions contenues dans cet article. Quand un militaire, de quelque grade qu'il soit, s'adresse en dehors des relations de service au médecin d'un corps de troupe pour avoir son avis et ses soins dans un cas de maladie, et que cette consultation n'amène aucun changement dans les obligations de ce militaire au point de vue du service, le médecin militaire est tenu au secret envers lui comme le serait un médecin civil. Mais dès que le médecin militaire reconnait la nécessité, soit d'une exemption de service pour une maladie traitée à la chambre, soit d'un envoi à l'infirmerie ou à l'hôpital, il doit en rendre compte au chef de corps par un rapport officiel. Ce rapport est dégagé de l'obligation du secret et doit exposer la

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

Éloge de M. Michel Lévy,

Par M. J. Bergeron.

(Suite et fin) (1)

Aussi bien, il était las de lutter, sans en avoir toujours raison, et sans profit pour l'armée, contre l'inertie, la routine ou le mauvais vouloir de l'administration.

Rien ne saurait donner une idée plus complète du découragement dont il était accablé, que la lettre qu'il adressait, en quittant l'armée, le 10 novembre 1854, à son ami, M. Darricau, intendant militaire, alors directeur du personnel au ministère de la guerre; cette lettre, je n'ai pas le droit de la reproduire, mais je puis, au moins, en citer quelques passages empreints d'un profond sentiment de tristesse.

« J'ai quitté, écrit-il, la plage de Cherson et de Kamiech, le 3 novembre, au bruit des mêmes canons qui, depuis le 20 octobre, tonnaient jour et nuit à mes oreilles et qui, je le crois, ne sont pas près de se taire. » Et cependant, M. Lévy ne croyait pas alors qu'ils dussent tonner pendant dix mois encore.

« J'ai averti le général en chef, écrit-il plus loin, de la durée probable de la résistance organique que possède encore son armée et je l'ai engagé à hâter l'assaut, même au prix d'un sacrifice sanglant qui sera moindre que la dime des maladies en voie de germination », et plus loin, les « hommes sont affaiblis, décolorés, et le scorbut qui règne déjà dans la flotte, menace l'armée si le siège ne se termine pas prochainement. »

Les soldats ont donc besoin de viande fraiche et de vin, et il y a 4.000 bœufs à Gallipoli, 6.000 à Varna qui meurent de faim; il ne s'agit cependant que d'une question de transport... les farines fraîches manquent; sur certains points, à Magora, par exemple, on n'emploie pour la fabrication du pain des farines sans nom, mélange de maïs, de seigle, de froment, de

(1) Voir le numéro précédent.

vérité sans aucune restriction; adressé au chef de corps sous pli cacheté par exemple, pour exemption de service d'un officier traité à la chambre, il comprend la désignation de la nature de la maladie comme le billet d'entrée à l'hôpital au sujet duquel il n'y a jamais eu de doute ni de difficulté. »

Les instances en séparation de corps peuvent comme le contrat d'assurances, fournir au médecin l'occasion de délivrer des certificats médicaux. Dans un jugement du 28 avril 1891 le tribunal civil de Bordeaux a décidé que, sans encourir aucune responsabilité et sans manquer aux règles de bienséance et de réserve qui sont l'honneur de la profession, un médecin peut délivrer à une femme mariée un certificat établissant qu'elle est atteinte d'une maladie spécifique. Mais où le tribunal émet une opinion absolument discutable, c'est lorsqu'il pose en principe que ce certificat ne devra pas être délivré à l'insu et en dehors du mari. Dans cette affaire où le secret professionnel n'est pas directement mis en cause, comment la responsabilité du médecin se trouverait-elle engagée par ce seul fait que le mari n'aurait pas, comme dans l'espèce actuelle, consenti à la délivrance du certificat?

Comme il est à prévoir que la femme en sollicitant un certificat de la nature dont il vient d'être question a l'intention de le produire à l'appui d'une instance en séparation de corps ou en divorce, la seule précaution que le médecin ait ici à prendre, c'est de s'abstenir, dans le document qu'il rédige, d'indiquer la provenance du mal constaté par lui, alors qu'étant aussi le médecin du mari, il sait pertinemment que celui-ci peut avoir transmis la maladie.

Après avoir admis que le consentement obtenu du malade enlève à la révélation tout caractère délictueux on en arrive progressivement à se demander si, dans certaines circonstances particulières, le médecin ne peut pas se passer de ce consentement et faire sa conscience juge du secret confié? « Pour mettre bien en évidence tout l'intérêt de cette question, dit M. Verwaest, il faut sortir des généralités et se placer devant les deux hypothèses spécialement délicates que voici : 1° Dans quelle mesure l'art. 378 s'oppose-t-il à ce qu'un médecin donne son avis sur un projet de mariage au sujet duquel on le consulte? 2° Quel devoir l'art. 378 impose-t-il à un médecin vis-à-vis d'une nourrice à laquelle les clients de ce praticien ont confié leur enfant atteint de syphilis? »

Si l'art. 378 oblige le médecin à se taire, il ne lui défend pas de recourir à des expédients qui donneront à la fois satisfaction à sa conscience et à la loi. Et quand on y réfléchit bien le silence paraît être le meilleur de tous. Si le médecin ne l'érige pas en système, s'il ne se tait pas de parti pris alors surtout qu'il n'a que de très bons renseignements à donner sur la santé de son client, le silence, toutes les fois qu'il l'opposera à un questionneur, fournira le moyen presque infaillible de se laisser deviner, de se montrer transparent. Il parlera donc s'il n'a pas de secret à garder, il se taira dans le cas contraire, laissant aux intéressés le soin d'interpréter son très compréhensible silence.

Il peut arriver qu'un médecin mandé par une famille pour voir un nourrisson le reconnaisse atteint de syphilis, qu'il constate en outre que cet enfant est allaité par une nourrice, mais que cette femme est encore saine ; comment ce praticien conciliera-t-il le principe de la responsabilité avec l'obligation de se taire imposée par l'art. 378 à tout confident? Comment informera-t-il la nourrice qu'elle ne peut plus continuer l'allaitement, qu'elle doit pendant un certain temps s'interdire de prendre un autre nourrisson, qu'on ne peut lui donner patente nette?

Quoi qu'on fasse, les précautions oratoires et la diplomatie ne pourront empêcher l'aveu. Pour M. Verwaest, l'hésitation n'est pas permise, il partage pleinement l'avis de ceux qui jugent qu'en pareille circonstance le médecin doit parler. A eux seuls devront s'en prendre les parents qui ont compté sur son silence et auxquels il l'a promis; ils l'ont mis dans l'impossibilité de remplir ses engagements et dans ces conditions l'art. 378 ne saurait l'atteindre.

Les obligations que le médecin contracte à l'égard de

---

poussières et de gravier ; en dépit de toutes mes instructions et de l'expérience acquise depuis le début de la campagne, on continue à accumuler malades ou blessés, dans des locaux insuffisants ; tandis que sur d'autres points, on laisse un hôpital loin de toute surveillance, véritable foyer d'abus où les malades séjournent indéfiniment après guérison... j'ai signalé ces faits à qui de droit, mais c'est à qui frappé d'inutilité la présence d'un inspecteur général à l'armée d'Orient;... je constate, à chaque instant, les tristes conséquences du principe de non assimilation et je dois subir l'outrecuidante familiarité d'un comptable qui se croit le droit de tutoyer les inspecteurs », et M. Lévy termine en indiquant l'ensemble des instructions qu'il laisse en quittant l'armée, avec la conscience d'avoir fait son devoir jusqu'à l'épuisement de ses forces, mais avec le regret de n'avoir pu faire pour elle tout le bien qu'il avait espéré, que son expérience lui permettrait d'accomplir.

... Certes, je déteste la guerre, comme l'une des plus haïssables manifestations de la folie humaine ; mais on ne peut méconnaître qu'une fois déchaînée, cette folie provoque des actes d'héroïsme et fait naître des vertus mâles et saines dont notre race, entre autres, a donné, de tout temps, et vient de donner, il y a quelques jours encore, de merveilleux exemples. Aussi, ne faut-il pas marchander l'admiration à ces chefs qui, sur le terrain ou sur le pont de leur navire, restent calmes et impassibles au plus fort du danger ; il ne faut pas la marchander non plus, à ces milliers de héros obscurs qui ne sont soutenus ni par l'ardeur du commandement, ni par la perspective de la gloire et qui courent bravement au-devant de la mort ou l'attendent avec une stoïque résignation que peut seule inspirer la fidélité au drapeau, c'est-à-dire l'amour de la patrie.

Mais combien plus encore j'admire le médecin militaire que n'excite pas l'enivrement du combat, soit, qu'à la tête des ambulances volantes ou dans l'entrepont d'un navire, pendant la lutte, il remplisse sa mission avec un inébranlable sangfroid, insoucieux des périls auxquels il s'expose, sans autre pensée que celle de soulager les malheureux qui tombent à ses côtés ; soit, qu'au cours d'une campagne ou en temps de paix, dans les garnisons ou dans les ports, il lutte sans relâche et sans se faire d'illusions sur le sort qui l'attend souvent lui-même, contre une épidémie meurtrière frappant autour de lui des milliers de victimes.

son malade ont pour contre-partie l'obligation que ce dernier prend de le remunérer des soins qu'il a reçus de lui. La créance du médecin contre son client a même été mise par le législateur au rang des créances privilégiées énumérées dans l'art. 2101. Ce droit de créance serait illusoire si le médecin n'avait la faculté de le faire valoir en justice quand son débiteur le lui conteste. Or tout droit supposant une action pour le mettre en exercice, les considérations tirées de l'art 378 ne sauraient s'opposer à ce que cette action soit accordée au médecin qui se trouve être le créancier d'un de ses clients.

Hors les cas où le médecin a obéi à des mobiles malhonnêtes, M. Verwaest pense avec M. Hémar, que la demande qu'il introduit en justice pour se faire payer le prix de ses visites ne lui fait encourir aucune responsabilité pénale, dût-il, pour l'établir, révéler les secrets de son client. L'homme de l'art ne doit-il pas être considéré en pareille occurence comme usant d'un droit écrit dans le contrat intervenu entre le malade et lui, droit garanti par l'art. 2272 du Code civil qui fixait à un an et qui, modifié par l'art. 11, de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, fixe à deux ans le délai passé lequel son action serait prescrite.

« Quant à ceux qui conseillent au médecin de s'interdire toute revendication d'honoraires d'où résultera la révélation du secret confié, dit M. Verwaest, ces rigoristes nous semblent se laisser guider par des considérations morales plutôt que s'inspirer de l'esprit même de la loi. Que le médecin fasse parfois à certains de ses clients, ajoute-t-il, le sacrifice de son intérêt, cela peut être un acte de désintéressement qui l'honore, mais la loi ne le lui commande pas. D'ailleurs si la loi lui commandait, comme quelques-uns le supposent, cet acte généreux perdrait tout son mérite en perdant sa spontanéité. »

III

L'obligation au secret a été envisagée jusqu'ici en dehors de toutes les obligations légales susceptibles de faire échec à la probibition inscrite dans l'art. 378. Quels sont les divers textes de nos codes qui en contredisent le principe? De ces textes les uns visent l'hygiène publique, les autres concernent la recherche des crimes et délits ou une bonne distribution de la justice; d'autres enfin ont pour but d'assurer aux nouveau-nés leur état civil.

La dénonciation des maladies qui menacent la santé publique peut déterminer un conflit entre l'intérêt général et l'intérêt particulier du client. La loi de 1822 ne se préoccupant que de l'utilité sociale a admis le principe de la dénonciation. Toute personne est tenue d'informer qui de droit des cas de maladies pestilentielles dont elle aura eu connaissance sous peine d'amende et même de prison. Il y est même statué que le défaut de déclaration sera frappé d'une peine plus sévère — interdiction de un à cinq ans, — si le coupable est médecin.

On reconnait aujourd'hui qu'il serait nécessaire d'étendre à des cas non prévus autrefois les dispositions de la loi de 1822 et qu'il faudrait atténuer en même temps les pénalités édictées par cette loi. Les articles 15 et 21 de la loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892 édictent que tout médecin devra faire la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation, faute de quoi il sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

La société a le devoir de rechercher les criminels qui troublent son repos et le droit de leur appliquer les peines inscrites dans la loi après s'être assurée de leur culpabilité. L'ancienne législation obligeait déjà, au dire de Verdier, les barbiers et les chirurgiens, en certaines circonstances, à dénoncer les crimes connns d'eux à l'autorité compétente. Les édits de 1300, de 1311, de 1384 et de 1364, de 1666 eurent pour but de contraindre les chirurgiens à dénoncer les blessés qu'ils soignaient chez eux ou ailleurs. En 1832 le préfet de police voulut faire revivre ces mesures d'un autre âge et, s'inspirant de l'édit de 1666, prétendit exiger des médecins et chirurgiens qu'ils dénonçassent les insurgés admis dans les services hospitaliers après la lutte sanglante des 5 et 6 juin, principalement au cloître Saint-Merry. Son ordonnance resta lettre morte; elle eut pour unique effet de rendre célèbre la réponse que fit Dupuytren: « Je ne connais pas d'insurgés dans mes salles, je n'y vois que des blessés. »

Par contre on a peine à admettre qu'un individu, fût-il médecin, doive au nom de la loi et en vertu d'un principe, laisser accomplir un acte criminel qu'il est en son pouvoir d'arrêter. La dénonciation d'un crime consommé ou non s'impose à toute personne qui en a eu connaissance sans qu'il y ait lieu de distinguer comment cette connaissance a été acquise. Enfin s'il est médecin le dénonciateur n'a pu violer l'art. 378 puisqu'il se trouvait dans l'exception même que ce texte prévoit.

Mais si le médecin est cité comme témoin en vertu de l'art. 80, quelle devra être sa conduite? Tout le monde est d'accord pour admettre que l'art. 378 ne dispense pas le médecin, ni de comparaître, ni de prêter le serment exigé de tout témoin. Au juge seul est dévolu le droit d'apprécier les motifs que le médecin cité peut avoir à mettre en avant au cours de l'interrogatoire pour refuser son témoignage.

M. Verwaest n'hésite pas à considérer la dénonciation faite en vertu de l'art. 30 comme couverte par l'exception restée écrite dans l'art. 378. Puisque cette exception existe, il est bien permis de lui donner un sens et de l'interpréter de telle façon qu'aucun reproche légal ne puisse être adressé au médecin qui se croit autorisé à rompre le silence quand l'intérêt commun l'y sollicite et que cet intérêt est représenté par une autorité agissant dans le cercle et le fonctionnement habituel de ses attributions.

Deux grands principes qui se réclament l'un et l'autre de l'ordre public et de l'intérêt général sont consacrés par l'art. 378 du code pénal et l'art. 80 du code d'instruction criminelle; l'action libre de la justice doit être dépourvue d'entraves d'une part, elle a le droit de tout connaître, et d'autre part, en dehors de toute intervention de la loi pénale, l'obligation au secret est une des conditions vitales de certaines professions nécessaires à l'humanité. Mais où la complication survient c'est lorsqu'il s'agit de savoir lequel des deux articles pourra, le cas échéant, être appliqué au révélateur? L'art. 80? Mais l'art. 378 lui impose le silence. L'art. 378? Mais l'art. 80 lui commande de parler. Dans des situations pareilles, alors que deux principes semblent en conflit, alors qu'il est impossible de les sauvegarder tous les deux et que l'un doit être sacrifié à l'autre, il paraît préférable de laisser à celui qui est aux prises avec la difficulté

toute liberté pour la résoudre. Écoutant sa conscience, il trouvera dans l'intelligence de ses devoirs professionnels sa ligne de conduite.

Mais, empressons-nous de le dire, cette liberté octroyée au médecin n'est pas illimitée, elle ne peut porter que sur des faits dont il a reçu en tant que médecin traitant la confidence expresse ou tacite et non sur ceux qu'il aurait pu connaître en dehors de l'exercice professionnel. Que s'il a été dispensé du silence par le malade qui s'était confié à lui, il ne doit plus refuser aussi à témoigner en justice sur des faits déterminés. « Affranchi par son client même de l'obligation du silence contractée envers lui, le médecin, dit M. Verwaest, se trouve libre de tout engagement sous ce rapport, il n'a plus qualité dans ce cas pour refuser à la justice les renseignements qu'elle peut lui demander. »

Comment l'art. 378 peut-il se combiner, se concilier avec les art. 55 et 56 du code civil relatif aux déclarations de naissance et avec l'art. 346 du code pénal qui en est la sanction? L'obligation de déclarer les naissances est imposée à toutes les personnes qui exercent l'art de guérir. « La naissance de l'enfant, dit l'art. 56 du code civil, sera déclarée par le père ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autre personnages qui auront assisté à l'accouchement, et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile par la personne chez qui elle sera accouchée. » L'art. 55 du même code, détermine que « les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu, l'enfant lui sera présenté ». Et en vertu de l'art. 346 du code pénal, « toute personne qui ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'art. 56 du code civil et dans les délais fixés par l'art. 55 du même code, sera punie d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 16 francs à 300 francs. »

Si la mère et le père sont légitimes, il n'y aura sans doute aucun inconvénient à ce que leurs noms soient donnés, mais si les parents sont adultérins ou incestueux le silence impose, et on ne devra pas donner davantage le nom du père d'un enfant naturel qui n'a pas été reconnu. Quel parti devra prendre le médecin en face de l'obligation édictée par l'art. 56? Faudra-t-il comme d'aucuns le veulent, qu'il s'y soumette toujours, ou bien faudra-t-il comme beaucoup d'autres le déclarent, qu'il ne s'y conforme jamais?

L'art. 56 n'exige qu'une chose du déclarant quel qu'il soit, c'est qu'il fasse connaître le fait de la naissance à un officier public compétent, dans les délais fixés par l'art 55. Donc, révéler le nom de la mère sans y avoir été dûment autorisé par elle, c'est, de la part du médecin, méconnaître la prohibition édictée par l'art. 378; et dans ce cas particulier, le praticien tombe sous le coup des peines énoncées dans cet acticle.

Mais si le médecin ne doit pas nommer la mère naturelle, peut-il du moins refuser de désigner le lieu de la naissance de l'enfant? A-t-il le droit de cacher dans les campagnes le nom du hameau, ou dans les villes le nom de la rue et le numéro de la maison où s'est fait l'accouchement auquel il assistait? La controverse ne serait possible qu'au cas où l'enfant pourrait être présenté à l'officier de l'état civil; s'il ne peut en être ainsi, l'officier public devant nécessairement se déplacer pour s'assurer *de visu* de la naissance qu'on lui déclare, force est bien d'indiquer le lieu où il devra se rendre pour faire la constatation exigée par la loi.

M. Verwaest estime qu'en dehors du texte de loi, tout concourt à exiger que le lieu de la naissance soit exactement désigné dans la déclaration; car si la nature de la filiation s'oppose à ce que le déclarant fournisse tous les renseignements réclamés par l'art. 57, il s'ensuit la nécessité de prouver toutes les indications exclusivement relatives au fait même de la naissance avec les circonstances de temps et de lieu qui s'y rattachent. Aussi, si un praticien prétendait se taire à ce sujet, se mettrait-il dans le cas de recevoir application de l'art. 346 du code pénal qui punit le défaut de déclaration.

La déclaration des enfants mort-nés, doit être faite comme celle des enfants vivants. Le décret du 4 juillet 1809, s'exprime ainsi : « Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie, il recevra de plus la déclaration des témoins touchant les nom, prénoms, qualités et demeure des père et mère de l'enfant et la désignation des an, jour et heure auxquels l'enfant est sorti du sein de sa mère. »

M. Verwaest trouve là une nouvelle raison d'affirmer que le lieu de la naissance doit être déclaré dans tous les cas, par toutes les personnes quelles qu'elles soient qui ont assisté à l'accouchement, montrant combien il serait étrange que cette mention fût obligatoire pour des mort-nés qui n'auront plus tard aucun intérêt à défendre et qu'elle ne le fût pas quand il s'agit d'enfants vivants appelés à jouir ultérieurement de tous les droits civils.

Mais doit-on déclarer et présenter à l'officier de l'état civil un fœtus encore à peu près informe ou le produit d'un avortement survenu vers le début de la grossesse? Dans un arrêt du 7 août 1874 cité par M. Brouardel, la cour de cassation s'en rapporte sur ce point à l'art 312 du code civil aux termes duquel l'enfant n'est réputé viable qu'après une gestation minima de cent quatre-vingts jours.

Mais, comme en pratique, des fœtus ont pu être abandonnés sur la voie publique, comme leur découverte a parfois donné lieu de la part de la justice à des enquêtes qui ont entraîné la compromission de femmes honnêtes, le préfet de la Seine, par une circulaire aux maires de Paris en date du 26 janvier 1882, crut devoir prescrire la déclaration de tous les fœtus ne fussent-ils âgés que de 6 semaines. En fait les instructions du préfet sont restées lettre morte pour beaucoup d'accoucheurs et il ne paraît pas qu'en pareille circonstance le manque de déclaration puisse être incriminé.

Pour ce qui est des maisons d'accouchement l'administration avait émis à plusieurs reprises la prétention de les assimiler aux hôtelleries et aux auberges dans le but d'obliger les médecins ou les sages-femmes qui les dirigent à tenir un registre nominatif de leurs pensionnaires. Ces prétentions ont été constamment repoussées par la Cour de cassation.

Toutefois l'administration peut à un certain point de vue exercer un droit de contrôle sur les maisons d'accouchement, elle a tous pouvoirs pour intervenir en effet s'il s'agit de déterminer le nombre des pensionnaires qui pourront

être reçus et ces pouvoirs, la Cour de cassation en date du 3 avril 1866, les a parfaitement sanctionnés. L'art. 378 ne saurait, en effet, faire échec au droit que la loi reconnait à la police municipale « de prévenir par des précautions convenables et de faire cesser par des secours nécessaires les accidents et les fléaux calamiteux, tels que les incendies..., les maladies épidémiques ou contagieuses ».

L'agglomération des femmes en couches dans une même maison constituerait un danger pour elles-mêmes et pour la population de la ville entière. Il est de toute nécessité de surveiller les sages-femmes afin qu'elles ne s'affranchissent pas trop des règles de l'hygiène, afin que, cherchant à augmenter leurs bénéfices, elles ne le fassent pas au détriment de leurs clientes et de la santé publique. Ce droit, qu'on ne saurait contester à l'administration, a pour conséquence forcée un droit de visite, mais ce droit de visite est loin de signifier que les femmes réfugiées dans ces maisons devront faire connaître leurs noms.

Cette intervention de l'administration, beaucoup la désirent, beaucoup la réclament, beaucoup voudraient la voir plus active. Les officines de sages-femmes devraient être l'objet de la surveillance la plus rigoureuse, car en dehors de toute considération de salubrité publique c'est là que l'on pourrait trouver la raison de notre dépopulation. L'avortement y est couramment pratiqué presque en sécurité et outre que les femmes qui fréquentent ces repaires en sortent allégées du produit de leur conception, elles y contractent des infirmités de nature à les rendre stériles pour le reste de leur vie. De tels agissements, la société a le plus grand intérêt à les faire cesser et à empêcher par tous les moyens dont elle dispose que dans un pareil ordre de faits l'impunité puisse être érigée en principe.

CONCLUSIONS.

Quelque soin que l'on mette à interpréter les lois, quelque souci que l'on prenne de l'intérêt de ses malades, on n'est jamais bien certain de ne pouvoir être atteint par quelque « considérant » de dame Thémis. Ce que M. Verwaest ne dit pas, c'est qu'à côté de certaines infractions flagrantes provoquées par des mobiles divers, il est des contraventions paraissant résulter d'une pure casuistique juridique. Pourquoi tant de bruit à l'occasion de la mort de Bastien-Lepage et le silence complet pour la divulgation récente de la prétendue cause de la mort d'un homme différemment célèbre? N'est-ce pas une deuxième, une troisième ou une quatrième réédition connue de l'affaire Watelet? Et l'indifférence d'aujourd'hui ne contraste-t-elle pas avec le rigorisme d'alors? Les textes de lois sont sans doute immuables, mais enfin ils n'ont pas une précision mathématique, ils sont sujets à interprétation et il y a lieu d'estimer que celle-ci peut varier avec les personnes. Il n'est pas jusqu'aux circonstances, aux intérêts en cause, aux passions politiques, aux oscillations de l'opinion publique, qui ne puissent exercer une certaine influence sur elles. Aussi, conséquence de l'imperfection humaine, tel fait pourra faire faiblement incliner aujourd'hui et pas du tout demain le plateau de la balance, faire tomber ou ne pas faire tomber sous l'application de l'art. 378.

A côté des questions de droit soulevées par le secret professionnel dans ses rapports avec l'exercice de la médecine, questions si délicates et si souvent controversées, se placent une série de cas de conscience que le tact et surtout le bon sens du praticien arrivent aisément à résoudre.

Bien avant que la loi eût sanctionné l'obligation au secret, le médecin était imbu de sa nécessité et de même que Cicéron dans un langage éloquent déclare que chaque homme porte et trouve dans son for intérieur, sans les avoir jamais apprises, l'ensemble des règles qui constituent la loi morale, de même la notion du secret est adéquate à ce qu'on nous permettra d'appeler l'âme du médecin.

ÉPIDÉMIOLOGIE

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA (1)

Par le Dr M. Ali (de Téhéran).

Précautions générales à prendre contre l'envahissement et la propagation du choléra.

Quand une épidémie cholérique venant à se déclarer sur un point tend à se diffuser, différentes mesures sont à prendre sur les lieux menacés. Parmi ces mesures, il en est deux principales :

La première — et la plus importante — est incontestablement celle qui doit avoir pour but de préserver tout pays de l'envahissement du mal.

La seconde se rattache aux moyens qui, la frontière une fois franchie par le fléau, sont à mettre en pratique pour en empêcher et la pullulation et la propagation.

Comme nous l'avons dit précédemment, la mesure la plus propice à enrayer la marche en avant du fléau et par conséquent à préserver un pays de son envahissement, réside dans la désinfection rigoureuse des voyageurs et des bagages venant du... ou des côtés infectés. A ce moyen capital, il sera juste d'en joindre un autre qui en est comme le corollaire : je veux parler de la stricte exécution des règlements municipaux d'ordre hygiénique édictés à ce sujet. L'évacuation des lieux trop encombrés et la dissémination des habitants à la campagne ou autres endroits, seront aussi doublement utiles, en ce sens que l'épidémie y trouvera non seulement moins de prise pour son expansion, mais encore en ce que, agissant sur de petites fractions, elle n'aura aucune tendance à jeter l'effroi et le découragement sur de fortes masses. L'état de propreté la mieux entendue des personnes et des habitations sera également — pour le cas qui nous occupe — un facteur à ne point négliger.

Lorsque l'épidémie cholérique aura pénétré dans un pays, une des premières précautions à prendre de la part des médecins sera de bien étudier et les dispositions individuelles et les habitudes propres à chaque individu. Il faudra recommander une alimentation absolument régulière en ayant soin de prescrire d'éviter les écarts de régime et l'usage des légumes crus qui peuvent l'un et l'autre être cause d'indigestions et de perturbations intestinales. Sous ce rapport, il sera bon de surveiller chaque individu tant au point de vue de la constipation qu'au point de vue de la diarrhée et de prescrire un traitement se rapportant à l'une ou à l'autre de ces affections. Le port d'une ceinture de fla-

(1) Voir un premier article dans la *Gazette médicale* du 26 novembre.

nelle sera conseillé contre les refroidissements. On conseillera également d'éviter toute espèce de fatigue et d'excès tout en engageant chaque individu à conserver ses habitudes courantes. Ainsi, par exemple, ceux qui auront l'habitude de prendre des bains, devront continuer à se baigner. Les bains, surtout les bains peu prolongés, ont dans ce cas une double utilité : ils maintiennent la propreté du corps et assurent le fonctionnement régulier de la peau. L'usage du lait ainsi que l'usage des fruits seront interdits. On a en effet remarqué que les épidémies qui éclatent en automne, époque où il se fait une grande consommation de fruits, sont toujours de beaucoup plus intenses que celles qui sévissent au printemps. L'emploi exclusif d'eau de bonne qualité sera prescrit : « eau de source ou eau filtrée, bouillie, puis aérée ».

Les insomnies seront traitées par le chloral ou autres agents somnifères, car pendant toute insomnie, l'excitation de l'imagination par la crainte pourra être la cause de troubles divers pouvant augmenter les chances d'envahissement du mal. Parmi les causes prédisposant le plus à l'infection cholérique, il a été observé que la frayeur et le découragement y entraient pour une large part.

En temps d'épidémie, nous l'avons déjà dit, les individus ne devront modifier en rien leurs habitudes, mêmes funestes, pas plus qu'ils ne devront en contracter de nouvelles. Ainsi, les personnes qui fument ou mangent de l'opium devront continuer ces usages. Il en sera même de celles qui se livrent à l'alcool ou à l'arsenic, la suppression de ces coutumes pouvant être le point de départ de perturbations générales capables de faciliter l'envahissement du choléra. La consommation d'excitants tels que le thé devra être déconseillée, ainsi que l'emploi des produits pharmaceutiques plus ou moins réputés comme anti-cholériques. L'abus des préparations opiacées destinées à combattre les diarrhées sera aussi défendu. Quant à l'opium en nature, il sera complètement proscrit.

Lorsqu'un médecin sera appelé auprès d'un malade soupçonné d'être atteint de choléra, son premier devoir devra être de le consoler, en le persuadant — si possible — qu'il n'est atteint d'aucun des symptômes caractéristiques du fléau. Chez les personnes nerveuses et craintives, cette précaution ne laisse pas d'avoir de bons effets. A ce sujet, je crois devoir citer l'observation suivante :

Durant une épidémie cholérique très intense, un jeune homme de 17 ans, qui faisait un usage immodéré de thé (il en prenait environ 20 tasses par jour), sortait un soir de chez lui pour faire sa promenade habituelle. A ce moment-là, le peuple, très effrayé des ravages de l'épidémie, se livrait à des prières publiques en pleine rue. Ému par le caractère de ces manifestations religieuses, le jeune homme n'alla pas plus loin; il rentra immédiatement. Quelques heures plus tard, sur les minuit, s'étant couché et ne s'étant pas endormi, il se crut tout à coup frappé de choléra. Excessivement tourmenté par cette idée, il se leva et descendit dans la cour où il se promena quelques instants, ne cessant de répéter à sa bonne qu'il était atteint de l'impitoyable fléau, qu'il allait mourir. Cette dernière, très émue, essaya de le calmer, mais tous ses efforts furent vains : il ne voulait, paraît-il, rien entendre. Loin même de se tranquilliser, il vint un moment où, pris d'une plus grande peur, il s'enfuit en criant. Deux heures s'étant écoulées et ne le voyant point rentrer, sa bonne se fit alors un devoir de prévenir et son père et sa mère : aussitôt ceux-ci se mirent à la recherche de leurs fils. Après bien des tours et des détours, ils le trouvèrent dans un lieu de pélerinage, cramponné au tombeau d'un Imame-Zadé (fils de grand prêtre) pleurant, se lamentant, et demandant au saint homme de le sauver du mal dont il était atteint. Etant parvenu à l'emmener avec eux, mais non à le calmer, ses parents m'envoyèrent enfin chercher vers 5 heures du matin. A mon arrivée, je trouvai un jeune homme en proie à une grande frayeur : le pouls était insensible et le corps refroidi. Après l'avoir rassuré de mon mieux sur son état et lui avoir fait comprendre qu'il n'était pas atteint du choléra, j'ordonnai quelques boissons rafraîchissantes. Soulagé d'abord, il ne tarda pas à se calmer, puis à s'endormir. Son sommeil dura six heures. A son réveil, il était complètement remis.

Je suis persuadé que si je n'avais pas remonté le moral de ce jeune homme et que si je ne lui avais — surtout — fait bien comprendre qu'il n'était pas frappé par le terrible fléau, il serait mort rapidement.

Récemment, les journaux de Paris rapportaient au sujet de l'épidémie actuelle le fait suivant, fait qui a ici sa place bien marquée :

Une femme qui avait grand'peur du choléra, apprend par une de ses amies que le laudanum est généralement regardé comme un préservatif du fléau. Heureuse de ce renseignement, cette femme absorbe une certaine dose de laudanum, mais une dose double de celle qui lui a été indiquée. Peu après, elle meurt, sans présenter aucun symptôme cholériforme : sa mort est attribuée à l'excès de laudadum.

Pour mon compte, je crois que la personne dont il s'agit est plutôt morte de frayeur que d'intoxication, car l'ingestion de quelques gouttes de laudanum en sus d'une quantité normale n'est pas mortelle. D'un tempérament sans doute faible, cette femme aura été effrayée des troubles qui ont dû suivre l'absorption du soi-disant préservatif, et sera morte se croyant véritablement atteinte de choléra.

Par les troubles qu'elle produit, la peur peut donc être regardée comme un des principaux facteurs appelés à prédisposer au choléra; et à cet effet il m'a été bien souvent donné de pouvoir établir les relations qui existaient entre la facilité dont certaines personnes étaient frappées, et la plus ou moins grande pusillanimité de ces mêmes personnes. Pendant les quatre épidémies que j'ai observées en Perse, je n'ai jamais vu de médecins ni de laveurs de corps être atteints par l'infection. Ces derniers sont pourtant tout particulièrement exposés à la contagion, car non seulement ils lavent les cadavres avec soin — cadavres toujours souillés de vomissements et de déjections, — mais encore ils nettoyent minitieusement jusqu'aux plus petites rides de la peau. Il est probable que l'immunité dont ils jouissent tient surtout au peu de prise que la peur a sur eux, et au courage qu'ils déploient dans leurs fonctions. Personnellement, durant les quatre épidémies que j'ai traversées, j'ai eu journellement de nombreux cholériques à soigner, sans jamais ressentir le moindre symptôme fâcheux. J'examinais cependant mes malades avec un soi extrême, n'omettant jamais de leur prendre le pouls, de les palper, percuter et ausculter en tous sens. Il m'arrivait souvent même d'approcher ma bouche de la leur et de respirer l'air fétide qu'ils exhalaient. Avant mon premier voyage en Europe, je ne

prenais aucune des précautions hygiéniques qui y sont enseignées; je ne dois donc mon salut qu'à ce que je n'ai jamais en peur un seul instant.

Si j'ai si fortement insisté sur ce point que la penr est une des conditions les plus propres à faciliter le développement du fléau, c'est que j'ai eu sons les yeux de nombreux cas établissant d'une façon péremptoire que la crainte et la frayeur ont été des canses prédisposant à l'infection. Je suis loin de nier la nature contagieuse du choléra, mais j'ignore la façon dont s'effectue cette contagion. Si les causes d'infection sont identiques pour tous les individus, comment se fait-il que les médecins et laveurs de cadavres soient presque toujours épargnés par le mal? Logiquement, il devrait en être autrement, car chez l'une comme chez l'autre de ces corporations, aux causes générales d'infection pouvant agir, il faut joindre les causes d'origine professionnelle. On a parlé aussi de prédispositions individuelles! Mais ici encore on est en droit de se demander comment il se fait que dans les deux corporations précitées des cas par prédisposition individuelle ne se soient presque jamais produits. Evidemment l'espèce d'immunité dont jouissent les médecins et les lavenrs de cadavres ne peut être imputée qu'à leur courage et à leur manque de peur.

Précautions à prendre contre la diffusion de l'épidémie quand un pays est envahi.

Quand une épidémie cholérique aura envahi un pays, différentes mesures seront à pendre pour empêcher la diffusion du mal.

Tout d'abord, les personnes atteintes devront être isolées et placées en des locaux à la fois propres et bien aérés. L'entrée de ces locaux, interdite au public, ne sera tolérée qu'aux personnes seules chargées des soins des malades.

Il sera tout particulièrement recommandé aux gardemalades de ne point répandre les déjections de cholériques. Ces déjections (crachats, vomissements, urines, matières fécales..., etc.) seront incinérées ou an moins traitées par des désinfectants puissants.

Les lieux d'aisance au service des cholériques seront journellement désinfectés.

Les personnes qui donneront leurs soins aux cholériques seront tenues, chaque fois qu'elles s'éloigneront de ces derniers, de se bien laver les mains et le visage avec du savon et des solutions antiseptiques; on leur recommandera aussi de ne point omettre de se rincer la bonche et l'intérieur du nez avec de ces mêmes solutions.

Après le décés des cholériques la désinfection générale des locaux et des objets occupant ces locaux, tels que tapis, linges, matelas, couvertures, meubles...; etc., sera prescrite. Il n'est pas d'ailleurs jusqu'aux murs et parquets de ces locaux qui ne devront subir une sérieuse désinfection. Une fois désinfectés ces locaux devront rester quelque temps inhabités.

Le lavage des cadavres avec des solutions antiseptiques ne peut être qu'une bonne mesure.

En Perse, où la religion musulmane prescrit de laver les morts, ces lavages se font, dans tous les cas, avec une solution de camphre et une macération de cèdre.

En ce qui tonche le linge et les effets des cholériques, je pense qne le mieux est de les incinérer.

Remarques. — Il m'a souvent été donné de noter que les épidémies cholériques qui se déclarent au printemps sont de toutes les plus bénignes et ne résistent ordinairement que pen de temps, tandis qu'au contraire celles qui naissent en automne durent fort longtemps.

J'ai aussi remarqué en Perse que certains villages sont toujonrs demeurés indemnes de toute épidémie cholérique malgré les nombreux ravages produits par le choléra dans leurs environs. Ces villages, je m'empresse de l'ajouter, sont tous sur des montagnes, comme Imbadj, village du discrict de Lavassan situé à une quinzaine de kilomètres de Téhéran, ou dans des contrées montagneuses.

J'ai vu souvent le choléra disparaître avec la venue de l'hiver; il lui est arrivé cependant de s'émanciper de cette loi.

Les épidémies qui sévissent pendant l'hiver sont beaucoup plus intenses et beaucoup plus mortelles que celles qui agissent au printemps on en été. Il doit s'en snivre qu'à une même époque, et pour une même épidémie, le choléra doit être plus intense et plus rebelle dans les pays froids que dans les pays chauds.

Il n'est pas rare, surtout en antomne, de voir une personne mourir avec tous les signes caractéristiques du choléra, sans pour cela qu'il y ait épidémie. Ces cas isolés se produisent surtout sur les grands mangeurs de fruits et ne peuvent être attribués qu'aux troubles digestifs qui suivent l'ingestion de ces aliments.

En temps de grande épidémie les lieux où le choléra demeure à l'état endémique ne subissent pas de fortes poussées, et les cas de mortalité restent pour ces lieux bien au-dessous de la moyenne.

Une chose que je n'ai jamais pn m'expliquer, c'est la peur que le peuple a du choléra, alors qu'il se montre presque indifférent de certaines autres affections tout aussi meurtrières, — de l'influenza par exemple.

Enfin, il arrive parfois que le choléra est si rapide en sa marche et en ses effets, qu'il devient impossible au médecin de prescrire aucune médication.

REVUE DES JOURNAUX

SUR L'ÉCLAMPSIE, par A. DUHRSSEN. (*Archiv für Gynækologie*, t. XLII, fasc. 1, p. 1892.)

La question de l'étiologie et de la pathogénie des accidents éclamptiques est encore très controversée. Dans ces derniers temps on a élevé la prétention de rattacher l'éclampsie aux affections bactériennes. Après Doléris, Blanc, Favre, d'antres auteurs ont soutenu que l'éclampsie se développait sous l'influence d'un micro-organisme pathogène, Gerdes (*Centralbl. für Gynæk.*, 1892, n° 20); *Deuts. med. Wochensch.*, 1892, n° 26 et *Münchener med. Wochensch.*, 1892, n° 22) a publié récemment une série de travaux, à l'appui de cette conception étiologique. Il est vrai que Hofmeister (*Fortschritte der med.*, 1892, n°s 22 et 23) dans une critique qu'il a faite des travaux de Gerdes, a montré que le bacille considéré par ce dernier comme le microorganisme spécifique de l'éclampsie, n'était autre que le proteus vulgaris. M. K. Haegler, de Bâle, dans une note parue il y a quelques jours (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 51), est arrivé à la même conclusion Le prof. Fehling (*eodem loco*) a fait suivre la note en question de réflexions qui sont absolument défavorables à la doctrine de la nature bactérienne de l'éclampsie.

L'important travail de Dührssen, basé sur 194 cas d'éclampsie qui ont été admis en traitement dans le service du professeur de Berlin, pendant la période de temps qui s'est écoulée du 1er janvier 1890 jusqu'au 31 mars 1892, apporte des documents nouveaux, contraires à la théorie exclusiviste de Gerdes. Cette théorie, Gerdes l'avait résumée dans ces quelques mots, taxés d'aphorisme orgueilleux par Gerdes: le bacille de l'éclampsie est l'unique cause des accidents éclamptiques.

Dührssen s'est attaché à montrer que l'éclampsie est surtout l'expression d'une auto-intoxication. En même temps il s'est efforcé de prouver que cette conception pathogénique légitime la méthode traitement de l'éclampsie, en honneur dans le service de Gusserow, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse par l'accouchement provoqué. Ce côté thérapeutique de la question avait fait l'objet d'un précédent mémoire. (*Archiv für Gynæcologie*, 1892, t. XLII, fasc. 3, p. 513.)

Le nouveau mémoire de Dührssen étant trop volumineux et trop chargé de chiffres pour être analysé dans ses détails, nous nous bornerons à reproduire les conclusions dans lesquelles l'auteur a condensé les résultats de ses recherches et la substance de ses idées sur la pathogénie et le traitement rationnel de l'éclampsie. Voici ces conclusions :

Dans la grande majorité des cas, l'éclampsie reconnaît pour cause une intoxication du sang (*éclampsie hématogène*), en rapport avec une rétention de créatine et de créatinine. Cette rétention a sa raison d'être dans les modifications imprimées à la structure du rein par la grossesse. Plus rarement elle est due à une néphrite proprement dite, à une hyperémie passive des reins, à une stase urinaire par compression des uretères, à une hydronéphrose.

La créatine et la créatinine se déposent dans les hémisphères cérébraux. Elles mettent en état d'excitation certains centres moteurs de l'écorce, d'où résultent aussi bien le coma que des convulsions. L'explosion des accidents éclamptiques reconnaît pour causes occasionnelles, des excitations variées portant sur les nerfs sensitifs (du tractus génital principalement), ou des excitations psychiques.

Il est possible que l'éclampsie hématogène soit causée dans certains cas par des bactéries ou par des produits bactériens, surtont quand existent déjà des troubles des fonctions rénales.

Dans des cas graves d'éclampsie on observe aussi une destruction de globules rouges, avec dégénérescence graisseuse des reins, du myocarde, de la muqueuse stomacale, sans qu'on puisse préciser quelles substances, bactériennes ou autres, sont responsables de ces altérations. La dégénérescence de la muqueuse de l'estomac peut entrainer une gastrorrhagie mortelle. La chloroformisation prolongée aggrave ces altérations pathologiques.

Dans un petit nombre de cas, l'éclampsie est d'ordre réflexe ; en d'antres termes, les centres convulsivants sont mis en mouvement par des excitations portant sur des nerfs sensitifs (du tractus génital principalement) ou par des excitations psychiques, soit que ces excitations atteignent une très grande intensité (par exemple en cas de distension extrême de l'utérus), soit qu'elles s'exercent sur des centres convulsivants dont l'excitabilité est exagérée (femmes nerveuses ou très jeunes, ou primipares avancées en âge).

De même les modifications subies par le rein, du fait de la grossesse, dépendent, en général, d'un spasme réflexe des artères rénales, le réflexe ayant son point de départ dans une excitation du tractus génital.

Le pronostic de l'éclampsie s'aggrave en raison du nombre des attaques, qu'il y ait eu ou non une intervention opératoire. Toutefois, la mort peut survenir après un petit nombre d'attaques (par suite d'une décomposition de sang, d'une hémorrhagie cérébrale, d'embolies graisseuses).

Après évacuation du contenu de l'utérus, par voie opératoire, la femme étant plongée dans un profond sommeil anesthésique, l'éclampsie s'arrête dans 93,75 p. 100 des cas. Déjà maintenant la mortalité par éclampsie est plus faible à la suite d'une semblable intervention, qu'à la suite de l'accouchement spontané.

Mais ce taux de mortalité diminuera encore dans des proportions appréciables, lorsqu'autant que possible on provoquera l'accouchement après la première attaque d'éclampsie. En procédant ainsi, on coupe en quelque sorte la maladie; on supprime les suites délétères qui en pouvaient résulter pour la mère et pour l'enfant, et qui ne se produisent que lorsque l'éclampsie dure déjà depuis un certain temps; on supprime aussi les conséquences fâcheuses que le traitement symptomatique (chloroformisation) pouvait entrainer pour la mère et l'enfant. *L'évacuation immédiate de l'utérus est indiquée à n'importe quelle période de la grossesse*, parce que, dans le courant des sept premiers mois, l'éclampsie compromet toujours la vie du fœtus, soit qu'elle nécessite l'accouchement provoqué, soit qu'elle entraîne directement la mort de l'enfant.

Dans 80 p. 100 des cas d'éclampsie, M. Dührssen a pu obtenir l'extraction immédiate d'un enfant vivant, en recourant à son procédé des incisions profondes du col, et en combinant au besoin cette méthode avec celle des incisions du périnée ou du vagin. Dans 10 p. 100 seulement des cas (chez des multipares, ou chez des primipares dont le col n'était pas effacé) il a fallu recourir à la dilatation mécanique du col, au moyen de tractions continues exercées sur un colpeurynter introduit dans l'utérus.

Aux mains d'un accoucheur exercé, l'emploi de ces méthodes permet d'abaisser dans une proportion très sensible la mortalité considérable (49 p. 100) des enfants viables, dans les cas d'éclampsie.

Pour la mère, ces méthodes ne sont pas plus dangereuses, que l'accouchement spontané, lorsque l'antisepsie est réalisée d'une façon rigoureuse, lorsque l'accoucheur est suffisamment exercé, lorsqu'on a recours au tamponnement de l'utérus dans les cas d'atonie de cet organe. Par contre, il y a lieu de rejeter l'opération césarienne, dans les cas d'éclampsie, comme impliquant trop de dangers pour la mère.

Les opérations n'aggravent l'éclampsie que lorsqu'elles sont pratiquées sur des femmes qui ne sont pas profondément endormies. Aussi, il y aurait lieu de considérer comme un manquement professionnel le fait d'accoucher une femme éclamptique sans la chloroformer profondément.

Par contre, une chloroformisation prolongée est irrationnelle dans les cas d'éclampsie, parce qu'elle favorise le développement des broncho-pneumonies, et parce qu'elle engendre pour son compte personnel, de concert avec l'intoxication du sang qui est en cause dans les cas d'éclampsie, la dissolution des globules rouges et la dégénérescence graisseuse d'organes importants.

Lorsque, dans un cas d'éclampsie, l'utérus est fortement distendu, la mort peut survenir après un petit nombre d'inhalations de chloroforme. En pareil cas, il serait indiqué de

rompre la poche des eaux, afin de diminuer le volume de l'utérus, avant de procéder à l'anesthésie. Etant donné que le chloral se transforme dans le sang en chloroforme, le premier est d'un emploi aussi dangereux que le second.

Les fortes doses de morphine sont également dangereuses dans les cas d'éclampsie, parce que celle-ci s'accompagne d'une intoxication qui engendre une dégénérescence graisseuse du myocarde.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

DÉMONSTRATIONS D'ANATOMIE (*Régions temporale, parotidienne, sus-hyoïdienne, sus-claviculaire, sous-clavière, mammaire et costale*) par le Dr SEBILEAU, agrégé à la Faculté de Paris, ancien prosecteur des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° jésus avec 47 figures. G. Steinheil, Paris.

L'accueil que l'avenir réserve à un excellent, à un très beau livre que vient de publier l'éditeur G. Steinheil, ne saurait nous inspirer d'inquiétude. Comme, en définitive, le succès va toujours où il doit, bientôt tous les élèves auront en main les « Démonstrations d'anatomie », de M. Sebileau.

Sans doute, pour se produire, cet ouvrage n'a pas été servi par une publicité tapageuse. On n'a pas vu les murs de l'école et les vitrines des détaillants rongir sous un déluge d'affiches aux tons criards et aux boniments hyperboliques. Une distribution savante de prospectus n'a pas annoncé « urbi et orbi » l'apparition du nouveau chef-d'œuvre. A ces procédés exotiques de réclame, inusités jusqu'ici dans la librairie scientifique, et que d'aucuns essaient en vain d'acclimater dans nos mœurs, l'auteur répugne absolument, autant qu'il répudie d'autres moyens de propagande moins excusables encore et sur lesquels nous appellerons un jour l'attention.

Sérieusement conçu, longuement médité, élaboré avec conscience et, ce qui ne gâte rien, mis en page avec beaucoup de soin par un éditeur artiste, le livre de M. Sebileau se présente au public simplement, décemment, en honnête livre qu'il est; il se propose d'enseigner les étudiants et non d'instruire le procès de ses devanciers. Pour faire son chemin dans le monde, il ne compte que sur ses mérites personnels, et il a le bon goût de s'en taire. Son titre modeste, trop modeste, ne promet rien qu'il ne tienne. « Conférences de prosecteur », c'est le nom que leur attribue l'auteur, les « démonstrations » portent sur l'anatomie pure, sur l'anatomie régionale, sans néanmoins qu'il s'agisse d'un véritable traité d'anatomie topographique. M. Sebileau s'est contenté de choisir certains territoires du corps humain, les plus intéressants ou les moins faciles à comprendre. Groupant dans chaque article toute une série de notions précises d'anatomie analytique, et sans s'astreindre à suivre l'ordre fastidieux des couches il ne marque aucun scrupule, quand le besoin l'exige, d'empiéter sur les limites étroites et un peu artificielles de la nomenclature classique. Entre autres avantages, cette méthode originale d'enseignement offre celui d'éviter la sécheresse, écueil presque inévitable des descriptions d'anatomie régionale dont le moindre tort est d'obliger les auteurs à dévier presque toujours vers la pathologie ou la médecine opératoire.

Or, aucune préoccupation médico-chirurgicale n'a fait oublier à M. Sebileau le plan qu'il s'était tracé. Avec M. Quenu, il estime que certains labeurs sont au-dessus des forces d'un homme seul. On ne saurait être à la fois anatomiste, physiologiste, chirurgien et médecin. Ce n'est pas à l'heure où le champ scientifique s'élargit tellement que des subdivisions s'imposent dans les anciennes circonscriptions professionnelles et quand les travailleurs se cantonnent forcément sur un point déterminé d'un domaine si vaste qu'il devient de plus en plus impraticable de le cultiver dans son ensemble, ce n'est pas à ce moment qu'on peut afficher l'ambition d'édifier ce monument gigantesque qu'on appelle une anatomie appliquée. Plusieurs existences de bénédictins ne suffiraient pas à acquérir les connaissances et l'expérience indispensables à ce rnde labeur. Aussi M. Sebileau se défend-il de recommencer le livre magistral du professeur Tillaux.

Cela nous conduirait loin, on le conçoit, si nous voulions examiner par le menu les nombreuses recherches dont témoignent les « Démonstrations d'anatomie ». Dans cet article nous nous bornerons à énumérer les principales. Le premier chapitre contient des aperçus nouveaux sur l'innervation de la face, sur le territoire de l'auriculo-temporal et les trois nerfs temporaux profonds. Nous signalerons aussi les pages réservées aux muscles peaussiers du crâne et à l'aponévrose épicranienne. Les rapports que cette membrane présente avec ses organes tenseurs sont adroitement mis en évidence. M. Sebileau a bien compris le rôle de la « galea capitis », ce tendon large et aplati d'un muscle polygastrique dont le frontal, les occipitaux et les différents auriculaires constituent les faisceaux charnus. A noter également les paragraphes qui concernent la circulation cérébrale.

En parlant de la région parotidienne, l'auteur a trouvé l'occasion de résumer le cours si lumineux que le professeur Farabeuf fit en 1888 sur l'articulation temporo-maxillaire et qui, jusqu'à ce jour, était resté inédit. L'aponévrose parotidienne et son contenu, les creux sous-glandulaire et maxillo-pharyngien sont l'objet d'une description très claire, très complète et très personnelle. Nous chercherons cependant une petite chicane à M. Sebileau à propos du nerf petit pétreux superficiel. Pourquoi faire passer cette racine du ganglion otique par le trou de Vésale, orifice *veineux*, inconstant à la fois dans sa position et dans son existence, et qui, Trolard l'a surabondamment établi, relie le système du sinus caverneux avec le plexus ptérygoïdien? Je sais bien que M. Poirier a confondu, lui aussi, le trou de Vésale avec l'orifice endocranien du canal innominé d'Arnold. Mais les assertions de M. Poirier, surtout quand elles se flattent d'être originales, ne sont pas de celles qu'on doive accepter les yeux fermés; elles demandent en tout cas à être soigneusement vérifiées. Que M. Sebileau veuille bien suivre cette enquête, qu'il relise le mémoire d'Arnold (*Ueber den Ohrknoten, Heidelberg*, 1828) dont Breschet a donné une traduction française annotée, et nul doute qu'il conclue comme ces éminents anatomistes.

Dans le même chapitre, les rapports des divers éléments qui composent le paquet vasculo-nerveux du cou ont été particulièrement bien fixés. Vient ensuite une étude approfondie de la région sous-maxillaire, de la glande sublinguale et de ses conduits excréteurs.

La région sus-claviculaire fournit à l'auteur un prétexte de parler des vertèbres cervicales et d'ébaucher en quelques lignes l'histoire de leurs caractères distinctifs. Il met nettement en relief les causes des modifications que subit la vertèbre fœtale dans les divers segments du rachis. Cette question intéressante de morphologie osseuse, le professeur Farabeuf

l'a reprise, du reste, cette année, dans ses belles leçons sur le développement de la moelle, et elle sera dorénavant familière aux élèves.

On connaît la classification proposée par Cruveilhier pour les muscles des gouttières vertébrales. En décrivant les parois du puits sous-clavier, M. Sebileau a tenté, non sans bonheur, d'adapter aux muscles prévertébraux cette classification fonctionnelle. L'artère sous-clavière, dont les rapports avec les veines et avec les nerfs vague, sympathique, phrénique et récurrent ne sauraient être traités avec trop de précision, le plexus brachial et ses origines multiples ont été soigneusement passés en revue. Six schémas, presque tous originaux, aident à débrouiller la constitution de ce réseau, si redoutable aux débutants. Il en va de même pour l'appareil suspenseur de la plèvre, imparfaitement connu, mal compris, et dont les auteurs ont donné une description erronée d'un bout à l'autre. De nombreuses dissections ont permis à l'habile prosecteur de Clamart de porter la clarté à travers une multitude d'observations contradictoires. La cloison fibreuse que Deville, Degrusse et Bourgery avaient cru découvrir dans l'aire, de la première côte, aux frontières de la poitrine et du cou, se trouve définitivement rayé de la liste des entités anatomiques. M. Sebileau a démontré comment il faut rattacher au système suspenseur de la séreuse thoracique certaines fibres qu'on attribuait à tort à ce diaphragme imaginaire.

Il va sans dire que la clavicule et ses articulations ne sont pas oubliées dans ce chapitre. Glissant rapidement sur cet os si difficile, mais qu'il suppose bien connu (depuis six ans, en effet, à l'École pratique, le chef des travaux choisit la clavicule comme thème de ses leçons d'ouverture), l'auteur s'étend davantage sur les ligaments et sur les articulations acromio, coraco et sterno-claviculaires, bien qu'il n'y ait guère à glaner sur un terrain remué à fond par tant d'anatomistes français et étrangers. Contentons-nous de rectifier ici une petite erreur de bibliographie. M. Sebileau attribue à M. Poirier la découverte des organes séreux des ligaments conoïde et trapézoïde. Quoique la trouvaille soit de médiocre importance, il faut en restituer l'honneur à Grüber, de Saint-Pétersbourg.

On sait combien l'anatomie humaine est redevable à l'anatomie comparée. Mentionnons, avant de finir, une conception toute philosophique de l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire. Les travaux d'Armand Sabatier l'ont établi et M. Sebileau n'a garde de passer le fait sous silence, cette aponévrose, avec et les muscles petit pectoral et sous-clavier, représente l'énorme plaque musculaire qui existe sans division chez les animaux dépourvus de clavicule et qu'on retrouve segmentée en plusieurs faisceaux charnus ou fibreux chez les animaux semi ou toto-claviculés.

Deux bons chapitres sur les régions mammaire et costale complètent dignement ce volume. Il inaugure une série dont l'auteur, espérons-le, prendra à cœur de nous donner prochainement le second tome, pour le plus grand profit des élèves, des candidats à l'internat et de tous ceux qui aiment l'anatomie sans arrière-pensée utilitaire.

Est-il nécessaire de louer la forme vivante, la langue chaude et imagée qu'écrit M. Sebileau et qu'il met au service d'un savoir aussi solide que peu commun? Ses anciens auditeurs de Clamart à qui échut naguère la primeur de ces démonstrations, n'ont rien à apprendre de nous sur les qualités didactiques du jeune maître, non plus que ceux qui l'ont suivi depuis l'adjuvat jusqu'au récent concours où il remporta l'unanimité des suffrages. Bientôt, d'ailleurs, les nouvelles générations feront plus ample connaissance avec lui. Si les examens leur ont déjà permis d'apprécier la bienveillance et la loyauté du juge, les conférences que le règlement impose avec raison aux agrégés de l'école vont leur offrir mainte occasion d'applaudir le remarquable talent de parole et la méthode originale du professeur.

BULLETIN

LE JUBILÉ DE M. PASTEUR

L'Académie des sciences vient de célébrer le jubilé de deux de ses membres : M. Hermite et M. Pasteur. Le premier, dans le domaine des sciences mathématiques, le second dans celui des sciences biologiques, ont également contribué à étendre les conquêtes de l'esprit humain et ont marqué leur place parmi les gloires les plus pures de leur pays. Mais les sciences biologiques, par leur vaste compréhension, la multiplicité et l'importance de leurs applications pratiques, offrent à la perspective un champ immense ; aussi ce n'est pas plus particulièrement tel groupe scientifique, c'est le monde savant tout entier dont les délégués ou représentants sont venus mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne, fêter, à l'occasion de son 70e anniversaire, l'homme de génie dont la France est légitimement fière.

Rien d'émouvant, rien de consolant non plus, par les temps troublés que nous traversons, comme la réunion, sous l'inspiration de la même pensée, du même sentiment, dans cette vaste et belle enceinte, du chef de l'Etat, entouré des membres du gouvernement, du corps diplomatique représentant les gouvernements étrangers, des délégués de nos Assemblées délibérantes et des grands corps de l'Etat, des représentants ou délégués de la plupart des Universités, Facultés, Académies, Sociétés ou Associations savantes de la France et de l'étranger. Et lorsque, à l'appel de M. Joseph Bertrand, ces délégués ont défilé devant M. Pasteur en lui remettant les adresses des Sociétés qu'ils représentaient, c'est aux applaudissements enthousiastes de l'Assemblée qu'on a vu s'élever, sur le bureau où il avait pris place, une véritable montagne formée par ces précieux témoignages d'admiration.

M.Ch. Dupuy, ministre de l'Instruction publique, a pris le premier la parole. Puis on a entendu successivement, M d'Abbadie, président de l'Académie des sciences, qui a remis à M. Pasteur la grande médaille en or commémorative de la solennité, et la liste générale des souscripteurs ; M. Joseph Bertrand, au nom de l'Académie des sciences ; M. Danbrée, au nom de la section de minéralogie, dont fait partie M. Pasteur ; sir Joseph Lister, au nom de la médecine et de la chirurgie ; M. J. Bergeron, au nom de l'Académie de médecine ; M. Sauton, au nom du Conseil municipal de Paris ; M. Ruffier, maire de Dôle (Jura), au nom de la ville natale de M. Pasteur ; M. Devise, au nom de l'Association générale des étudiants de Paris.

Nos lecteurs, qui ont été constamment tenus au courant des belles découvertes de M. Pasteur, peuvent facilement se rendre compte du fond de ces différents discours, qui ont à chaque instant provoqué des applaudissements répétés et arraché des larmes d'émotion à M. Pasteur. Nous n'entreprendrons donc pas de les analyser. Nous mentionnerons en particulier celui de M. Bergeron qui, en termes à la fois sobres et éloquents, a été l'interprète de l'Académie de médecine, ou,

pour mieux dire, de la médecine tout entière, que les travaux de M. Pasteur ont si profondément renouvelée.

Enfin, le discours du maire de Dôle, qui a mis le comble à l'émotion de M. Pasteur, mérite encore mieux qu'une mention, car il montre comment on arrive à être un grand savant, ou, pour employer l'heureuse expression de M. Joseph Bertrand, à être un grand homme, tout en conservant le culte pieux des souvenirs qui ont bercé la première enfance. Voici, en effet, comment s'est exprimé M. Ruffier, maire de Dôle :

« Auguste et vénéré compatriote, Dôle qui vous a vu naître sera fière d'avoir été associée à cette imposante solennité où tous les grands maîtres de la science, Français et étrangers, sont accourus, dans un élan d'unanime admiration, pour acclamer son plus glorieux enfant, pour célébrer en des termes magnifiques son œuvre puissante qui est aujourd'hui l'honneur et la sauvegarde de l'humanité.

« Nos humbles voix ne sauraient rien ajouter à ces éclatantes manifestations, qui retentiront longtemps encore dans ce sanctuaire de la science et vous feront cortège jusque dans la postérité la plus éloignée. Cependant nous vous devons, nous devons à votre gloire, quoiqu'elle soit aujourd'hui sans limite, de proclamer combien, malgré la recherche passionnée et exclusive de la vérité, qui, chaque jour, à toute heure, dominait votre pensée, vous avez su conserver, comme un dépôt sacré, le culte du foyer paternel.

« Nous en avons été les témoins émus dans cette grande journée du 14 juillet 1883, où notre vieille cité dôloise, toujours jalouse de la gloire de ses enfants, inaugurait cette modeste plaque commémorative de votre naissance sur l'humble maison où vos parents avaient vécu.

« Nous avons entendu avec quelles touchantes paroles vous célébriez leurs rudes labeurs, leur inaltérable dévouement, leurs enthousiasmes qui vous ont appris à confondre dans un même amour la grandeur de la science et la grandeur de la patrie ; c'était à eux que votre piété filiale reportait tous les hommages rendus à votre talent. Nous avons vu votre profonde émotion, vos pleurs et vos sanglots entrecoupant votre voix au souvenir de vos chers disparus ; et cette religion de la famille, encore si vivace et si entière après tant d'années parcourues, nous a touchés jusqu'au fond de l'âme et nous a laissé d'inoubliables souvenirs.

« C'est sous l'inspiration de ces sentiments si profondément humains que nous vous apportons, à l'occasion de votre 70e anniversaire, une reproduction photographiée de votre acte de naissance, où vous retrouverez la signature de votre honorable père et aussi l'image de cette petite maison — comme vous vous plaisiez à l'appeler — berceau de votre enfance, où vous avez vécu vos premiers ans.

« Que cet hommage, si modeste qu'il soit auprès des riches offrandes du corps savant, trouve auprès de vous un bienveillant accueil et reste à vos yeux le témoignage de l'inaltérable et respectueuse affection que vous ont vouée vos concitoyens. »

M. Pasteur était trop ému pour répondre à tous ces hommages. Il a chargé de le suppléer son fils, qui était assis à côté de lui et a lu pour lui le discours suivant :

« Monsieur le président de la République,

« Votre présence transforme tout : une fête intime devient une grande fête et le simple anniversaire de la naissance d'un savant restera, grâce à vous, une date pour la science française.

« Monsieur le ministre,

« Messieurs,

« A travers cet éclat, ma première pensée se reporte avec mélancolie vers le souvenir de tant d'hommes de science qui n'ont connu que des épreuves. Dans le passé, ils eurent à lutter contre les préjugés qui étouffaient leurs idées. Ces préjugés vaincus, ils se heurtèrent à des obstacles et à des difficultés de toutes sortes.

« Il y a peu d'années encore, avant que les pouvoirs publics et le conseil municipal eussent donné à la science de magnifiques demeures, un homme que j'ai tant aimé et admiré, Claude Bernard, n'avait pour laboratoire, à quelques pas d'ici, qu'une cave humide et basse. Peut-être est-ce là qu'il fut atteint de la maladie qui l'emporta? En apprenant ce que vous me réserviez ici, son souvenir s'est levé tout d'abord devant mon esprit : je salue cette grande mémoire.

« Messieurs, par une pensée ingénieuse et délicate, il semble que vous ayez voulu faire passer sous mes yeux ma vie tout entière. Un de mes compatriotes du Jura, le maire de la ville de Dôle, m'a apporté la photographie de la maison très humble où ont vécu si difficilement mon père et ma mère.

« La présence de tous les élèves de l'Ecole normale me rappelle l'éblouissement de mes premiers enthousiasmes scientifiques.

« Les représentants de la Faculté de Lille évoquent pour moi mes premières études sur la cristallographie et les fermentations qui m'ont ouvert tout un monde nouveau. De quelles espérances je fus saisi quand je pressentis qu'il y avait des lois derrière tant de phénomènes obscurs !

« Par quelle série de déductions il m'a été permis, en disciple de la méthode expérimentale, d'arriver aux études physiologiques, vous en avez été témoins, mes chers confrères. Si parfois j'ai troublé le calme de nos Académies par des discussions un peu vives, c'est que je défendais passionnément la vérité.

» Vous enfin, délégués des nations étrangères, qui êtes venus de si loin donner une preuve de sympathie à la France, vous m'apportez la joie la plus profonde que puisse éprouver un homme qui croit invinciblement que la science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre, que les peuples s'entendront, non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante. J'en appelle à vous, mon cher Lister, et à vous tous, illustres représentants de la science, de la médecine et de la chirurgie.

» Jeunes gens, jeunes gens, confiez-vous à ces méthodes sûres, puissantes dont nous ne connaissons encore que les premiers secrets. Et tous, quelle que soit votre carrière, ne vous laissez pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile, ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation. Vivez dans la paix sereine des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous d'abord : qu'ai-je fait pour mon instruction? Puis, à mesure que vous avancerez : qu'ai-je fait pour mon pays ? Jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité. Mais que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie, il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : J'ai fait ce que j'ai pu.

» Messieurs, je vous exprime ma profonde émotion et ma vive reconnaissance. De même que sur le revers de cette

médaille, Roty, le grand artiste, a caché sous des roses la date si lourde qui pèse sur ma vie, de même vous avez voulu, mes chers confrères, donner à ma vieillesse le spectacle qui pouvait la réjouir davantage, celui de cette jeunesse si vivante et si aimante. »

De chaleureux applaudissements ont fréquemment interrompu la lecture de ce discours. A sa sortie de l'amphithéâtre et de la Sorbonne, M. Pasteur est acclamé comme il vient de l'être au sein de la réunion ; au dehors comme au dedans, l'ovation est complète. Heureux les hommes qui, par toute une vie de travail fécondée par le génie, ont pu bien mériter de la science et de l'humanité, et qui, en attendant les suffrages de la postérité, reçoivent de leurs contemporains de tels témoignages de reconnaissance et d'admiration !

F. DE R.

NOTES ET INFORMATIONS

La leçon d'adieux de M. Péan. — Samedi dernier, à l'hôpital Saint-Louis, M. Péan, arrivé à la limite d'âge de ses fonctions hospitalières, a fait sa leçon d'adieux à ses élèves. L'amphithéâtre était trop étroit pour contenir la foule d'auditeurs et beaucoup n'ont pu trouver de place ; M. Péan avait tenu à ne pas chercher un local plus vaste, pour conserver à cette réunion toute son intimité et par respect pour les vieux souvenirs qu'éveille en lui un hôpital, où il a fait ses débuts d'élève et de professeur, et qui, pendant vingt ans, a été le théâtre de son enseignement clinique.

Sans vanité, comme sans fausse modestie, M. Péan a retracé les phases de sa laborieuse carrière et rappelé rapidement la part qui lui revient dans les progrès de la chirurgie moderne : il suffit de citer l'ovariotomie qu'il a, l'un des premier, pratiquée et fait accepter en France, l'hémostase par pincement, le morcellement des tumeurs, le traitement par suppuration des kystes de l'abdomen, l'ablation des tumeurs du bassin par la voie vaginale, etc.

Inutile d'ajouter que des applaudissements prolongés ont accueilli cette conférence.

Mais M. Péan ne va pas prendre le repos auquel sa vie de travail et la haute situation qu'il a conquise lui donnent tant de droits ; il veut rester sur la brèche et, ayant fondé de ses propres deniers, rue de la Santé, un petit hôpital, il continuera dans cet établissement ses visites régulières, ses consultations, ses opérations et son enseignement clinique. Il donnera ainsi un salutaire exemple de ce que peuvent en fait d'assistance, l'initiative et la charité privées. On paraît encore l'ignorer en France, où l'on a l'habitude de tout attendre en cette matière de l'État ou des municipalités. Espérons que M. Péan trouvera des imitateurs.

Assistance publique. — Le Conseil municipal propose l'affectation aux travaux suivants de la somme de 7.34.9944 francs, restant des 10 millions réservés à l'Assistance publique sur les fonds de l'emprunt de 1886 :

Création d'un quartier de chroniques à Brévannes, 2 millions 789.817 francs ;

Création d'une maternité à Beaujon et à Saint-Antoine, 1 million 221.115 francs ;

Création d'un hôpital dispensaire, 500.000 francs.

Création d'un hôpital de teigneux à Saint-Louis, 400.000 fr.

Création d'un hôpital de réserve, 600.000 francs ;

Création d'un hôpital maritime, 400.000 francs ;

Complément à l'isolement des maladies contagieuses, 500.000 francs.

Réparations et assainissement des hôpitaux, 1.200.000 fr.

Mission scientifique. — M. le Dr Yersin, ancien préparateur à l'Institut Pasteur, est chargé d'une mission scientifique en Indo-Chine, à l'effet d'explorer, au point de vue géographique, ethnographique et économique, la région comprise entre le Don-Naï et le Mékong, ainsi que les plateaux du Siam entre le Mékonget Bangkok.

NOUVELLES

Concours pour les médailles d'or. — *Médecine.* — MM. Paul Caisse, médaille d'or ; Lamy, médaille d'argent ; Renou, mention.

Chirurgie. — MM. Guillemin, médaille d'or ; Arrou, médaille d'argent ; Brodier, mention.

La Société de médecine et de chirurgie pratiques vient de constituer son bureau pour 1893, ainsi qu'il suit :

Président.......... M. DUJARDIN-BEAUMETZ
Vice-président.......... M. DE BEAUVAIS
Secrétaire général.......... M. BARDET
Secrétaire général adjoint. CROUIGNEAU
Archiviste.......... M. DIGNAT
Trésorier.......... M. JOLLY.

Chemin de fer d'Orléans — *Fêtes du premier de l'an 1893.* — A l'occasion des Fêtes du Premier de l'An 1893, la Compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, du mercredi 28 décembre inclus au mercredi 4 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 5 janvier.

Ces billets conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 18 AU 24 DÉCEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 34. — Affections cholériformes, 2. — Phtisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 21. — Congestion et hémorragies cérébrales, 47. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 66. — Bronchite aiguë et chronique, 71. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 97. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 35. — Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 31. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 6. — Total : 944

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME I DE LA HUITIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1892

A

B

C

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

TABLE DES AUTEURS

PARIS. — IMPRIMERIE A. DAVY, 52, RUE MADAME